

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Psicología

Departamento de Filosofía del Derecho Moral y Político

TP  
1993  
211



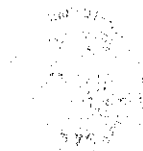
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



531405417X

i25019508

**LA TOXICOMANIA  
EN  
ALMERIA**



Marino Alvarez Mínguez

Madrid, 1993

Colección Tesis Doctorales. N.º 211/93

© Marino Alvarez Mínguez

Edita e imprime la Editorial de la Universidad  
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía.  
Escuela de Estomatología. Ciudad Universitaria.  
Madrid, 1993.

Ricoh 3700

Depósito Legal: M-30782-1993

61541968x



La Tesis Doctoral de D. .MARINO ALVAREZ MINGUEZ....

.....  
Titulada .. LA TOXICOMANÍA EN ALMERÍA .....

.....  
Director Dr. D. .... LUIS MENDEZ FRANCISCO .....

fue leída en la Facultad de ..... PSICOLOGÍA .....

de la UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, el día .....<sup>25</sup> .....

de ..... MAYO ..... de 19 92..., ante el tribunal  
constituido por los siguientes Profesores:

PRESIDENTE .. DR. D. JESUS MARIA VAZQUEZ RODRIGUEZ .....

VOCAL ..... DR. D. JULIO IGLESIAS DE USSEL Y ORDIS .....

VOCAL ..... DR. D. ANTONIO MUÑOZ SEDANO .....

VOCAL ..... DR. D. FRANCISCO FERNANDEZ PALOMARES .....

SECRETARIO .. DR. D. JOAQUIN BANDERA GONZALEZ .....

.....  
habiendo recibido la calificación de .....

..... APTO CUM LAUDE POR UNANIMIDAD .....

Madrid, a 25 de Mayo de 1992.

EL SECRETARIO DEL TRIBUNAL.

Joaquín Bandera

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
DE MADRID  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA TOXICOMANIA  
EN  
ALMERIA

Memoria para la obtención del grado de doctor, presentada por Marino Alvarez Mínguez, con la dirección del doctor D. Luis Méndez Francisco

MADRID

ENERO 1992



A la Chanca,  
a cuantos en ella  
conmigo conviven y convivieron.  
A los toxicómanos.  
A los llamados "últimos"  
en mi dedicación primeros.  
¡Siempre en el intento!

## SUMARIO

I.-	INTRODUCCION . . . . .	1
II.-	METODOLOGIA Y FUENTES DOCUMENTALES . . . . .	15
III.-	ASI ES ALMERIA . . . . .	52
IV.-	ALMERIA Y TOXICOMANIA . . . . .	179
V.-	FAMILIA Y TOXICOMANIA EN ALMERIA . . . . .	236
VI.-	EL TOXICOMANO EN ALMERIA . . . . .	281
VII.-	LA ASISTENCIA A LOS TOXICOMANOS EN ALMERIA . . . . .	372
VIII.-	OPINIONES DE LOS EXPERTOS EN DROGODE- PENDIENTES EN ALMERIA . . . . .	401
IX.-	DROGA Y ETICA . . . . .	444
X.-	CONCLUSIONES . . . . .	483
XI.-	APENDICE . . . . .	494

# LA TOXICOMANIA en ALMERIA

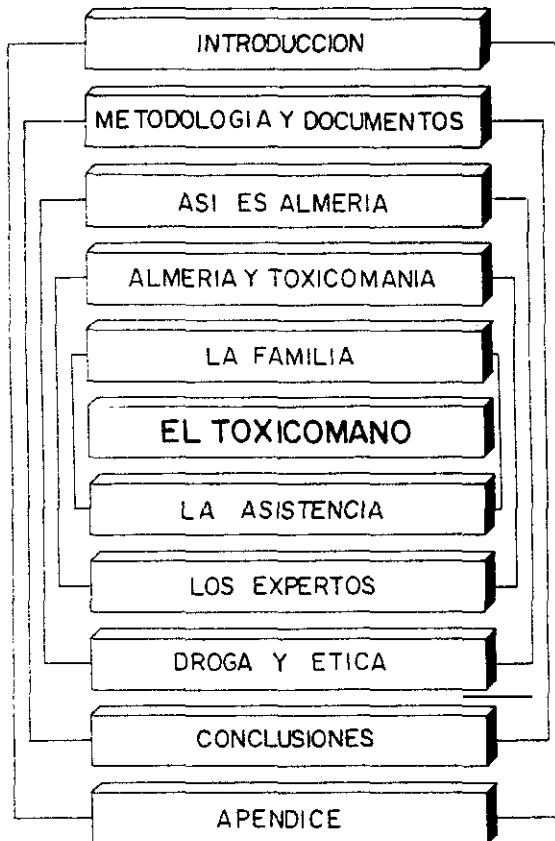


DIAGRAMA del ESTUDIO

## INDICE

### I.- INTRODUCCION

#### 1.- Importancia del tema.

1.1.- Ambitos macrosociales y microsociales . . . . .	5
1.2.- La valoración del problema del consumo de drogas . . . . .	6
1.3.- Situación "subcultural de los drogadictos" . . . . .	9

#### 2.- Responsabilidad . . . . . 12

#### 3.- Objetivos . . . . . 15

### II.- METODOLOGIA Y FUENTES DOCUMENTALES

#### 1.- Marco Teórico.

1.1.- Cuestiones epistemológicas previas . . . . .	21
1.2.- El problema del método en la historia del pensamiento . . . . .	22
1.3.- La investigación medio de construcción de la ciencia y de transformación de la realidad . . . . .	28
1.4.- La gran estrategia descriptiva-correlacional-experimental . . . . .	33

2.- Metodología del Estudio de la toxicomanía en Almería.	
2.1.- Objetivos . . . . .	35
2.2.- Variables . . . . .	36
2.3.- Muestra . . . . .	37
2.4.- Instrumentos y aplicación . . . . .	38
2.5.- Tratamiento Informático . . . . .	39
3.- Fuentes Documentales.	
3.1.- Instituto de Sociología Aplicada de Madrid (1987) "El Desenganche de la Droga" . . . . .	40
3.2.- Junta de Andalucía. Comisionado para la Droga . . . . .	40
3.3.- Almería . . . . .	41

### III.- ASI ES ALMERIA

1.- Economía y factores generales.	
1.1.- Aspectos Físicos y Geográficos . . . . .	61
1.2.- Aspectos Climatológicos . . . . .	61
1.3.- Aspectos Demográficos . . . . .	62
1.4.- Comunicaciones e infraestructura hidráulica y energética . . . . .	64
1.5.- Sectores de Producción . . . . .	68

## 2.- La enseñanza.

2.1.- Primaria y Media . . . . .	100
2.2.- La Enseñanza General Básica, B.U.P y C.O.U, Formación Profesional . . . . .	100
2.3.- Estudios Universitarios . . . . .	101

## 3.- Salud y enfermedad.

3.1.- Planificación Familiar . . . . .	108
3.2.- Programa de Lepra . . . . .	112
3.3.- Laboratorio . . . . .	118
3.4.- Atención a la Salud Mental . . . . .	120
3.5.- El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) . . . . .	129

## 4.- Religiosidad católica almeriense. Datos socio- logicos.

4.1.- Los entrevistados . . . . .	134
4.2.- Autodefinición Religiosa . . . . .	135
4.3.- Práctica Religiosa . . . . .	137
4.4.- Relación personal con lo sagrado . . . . .	137
4.5.- La Familia y la Religión . . . . .	139
4.6.- Actitudes ante la Iglesia . . . . .	139
4.7.- Actitudes Eticas . . . . .	141
4.8.- La fe religiosa . . . . .	143
4.9.- Tres interrogantes personales . . . . .	145
4.10.- Cuestionamiento psicológico . . . . .	148

## 5.- Patología social.

5.1.- El cuarto mundo almeriense: marginación social . . . . .	150
5.2.- Inmigrantes en Almería . . . . .	165

## IV.- ALMERIA Y TOXICOMANIA

### 1.- Modernidad y juventud española.

1.1.- La España de Hoy. La juventud española hoy . . . . .	187
--	-----

### 2.- La juventud andaluza: los jóvenes almerienses.

2.1.- Descripción estadística . . . . .	191
2.2.- Algunas actitudes de la juventud andaluza . . . . .	201

### 3.- Andalucía ante las drogas.

Con especial relevancia de las drogas ilegales.

3.1.- El consumo de drogas en la Autonomía Andaluza . . . . .	210
3.2.- Tendencias y secuencias en el consumo . . . . .	226
3.3.- Plan Andaluz sobre drogas . . . . .	230

## V.-FAMILIA Y TOXICOMANIA EN ALMERIA.

### 1.- El sentido de la droga.

1.1.- Personalidad, familia, medio ambiente-social . . . . .	244
1.2.- Enfrentamiento con la vida . . . . .	245
1.3.- Crisis . . . . .	246
1.4.- Lucha por el poder juvenil, consumo de drogas . . . . .	248

### 2.- ¿El mundo del futuro va hacia la droga?.

2.1.- ¿Por qué ese suicido colectivo? . . . . .	250
2.2.- Algunos lo tendrán peor todavía . . . . .	254

### 3.- Familia y compromiso social.

3.1.- Compromiso social . . . . .	258
3.2.- Historicidad de la institución familiar . . . . .	259
3.3.- Reto de futuro . . . . .	261

### 4.- Cuestionario a padres de drogadictos.

4.1.- Perfil de la muestra de padres . . . . .	262
4.2.- Relación de padres e hijos . . . . .	263
4.3.- La educación de los hijos . . . . .	264
4.4.- Los motivos del consumo de drogas . . . . .	265



5.- Ordenación y resumen de contenidos manifestados  
en las entrevistas por padres y madres.

A.- PADRES . . . . .	266
5.1.- Iniciación: edad, drogas iniciáticas, principales drogas consumidas . . . . .	266
5.2.- Compraventa de drogas y costes . . . . .	266
5.3.- Algunos efectos producidos por la toxicomanía . . . . .	267
5.4.- Algunos factores posiblemente influ- yentes y/o conducentes a la toxicoma- nía . . . . .	268
5.5.- La cárcel . . . . .	269
5.6.- El desenganche: sugerencias, espe- ranzas, desesperanzas . . . . .	269
 B.- MADRES . . . . .	 270
5.1.- Iniciación: edad, drogas iniciáticas, principales drogas consumidas . . . . .	270
5.2.- Compraventa de drogas y costes . . . . .	272
5.3.- Algunos efectos producidos por la toxicomanía . . . . .	273
5.4.- Algunos factores posiblemente influ- yentes y/o conducentes a la toxicoma- nía . . . . .	275
5.5.- La cárcel . . . . .	277
5.6.- El desenganche: sugerencias, espe- ranzas, desesperanzas . . . . .	278

## VI.- EL TOXICOMANO EN ALMERIA

### 1.- Perfil del drogadicto.

- 1.1.- Psicología del drogadicto . . . . . 287
- 1.2.- Motivaciones del consumo de drogas:  
marco teórico . . . . . 295

### 2.- Psicopatología, mecanismos anómalos de defensa: drogas.

- 2.1.- La ansiedad como génesis de una patología amplia y dispersa . . . . . 310
- 2.2.- Las enfermedades psicósomáticas . . . . . 311
- 2.3.- Los caminos de la ansiedad . . . . . 311
- 2.4.- El por qué de las distintas rutas. Mecanismos de compensación: las drogas . . . . . 312
- 2.5.- Ansiedad, fobias, obsesiones, suicidio . . . . . 314
- 2.6.- La ansiedad es la enfermedad psiquiátrica más frecuente . . . . . 316

### 3.- Variables referentes al sujeto toxicómano que estudiamos.

- 3.1.- Datos antropológicos generales: . . . . . 318
- 3.2.- Consumo de drogas y motivaciones . . . . . 321
- 3.3.- Rehabilitación y tratamiento; experiencias y actitudes ante los mismos . . . . . 332
- 3.4.- Consideración social y situación: en libertad o en prisión . . . . . 334

4.-	Delincuencia y penalización en Almería.	
4.1.-	Delitos registrados. Datos comparativos 1987-1988 . . . . .	347
4.2.-	Medidas para contener la delincuencia . . . . .	352
4.3.-	Delincuencia juvenil: desarrollo y consideraciones . . . . .	353
4.4.-	Aspectos generales . . . . .	354
5.-	Resumen de los contenidos expresados en las entrevistas individualizadas . . . . .	360

## VII.- LA ASISTENCIA A LOS TOXICOMANOS EN ALMERIA

1.-	Centro Provincial de Drogodependencias de Almería.	
1.1.-	Creación y funciones . . . . .	379
1.2.-	Población . . . . .	379
1.3.-	Personal . . . . .	380
1.4.-	Asociaciones de atención a los drogadictos en la provincia . . . . .	380
1.5.-	Sesiones informativas. Circuito asistencial: drogodependientes no alcohólicos . . . . .	381
1.6.-	Programa de Movimiento Asociativo . . . . .	383
1.7.-	Centro de día . . . . .	385

## **2.- Asociación Nuevo Rumbo.**

2.1.- Historia del Centro . . . . .	388
2.2.- Descripción . . . . .	388
2.3.- Terapéutica . . . . .	389
2.4.- Desintoxicación . . . . .	391
2.5.- Rehabilitación en Comunidad Terapéu- tica . . . . .	392
2.6.- Reinserción social . . . . .	397
2.7.- Casos tratados durante 1.988 . . . . .	397
2.8.- Otros aspectos destacables . . . . .	398
2.9.- Presupuesto . . . . .	399

## **3.- Funcionamiento de los Centros de Asistencia. Opiniones de sus directores.**

3.1.- Tipo de Centro . . . . .	400
3.2.- Régimen de asistencia . . . . .	400
3.3.- Dependencia del Centro . . . . .	401
3.4.- Año en que empezó a funcionar . . . . .	401
3.5.- Financiación . . . . .	401
3.6.- Qué servicios presta . . . . .	401
3.7.- Centro de tratamiento . . . . .	401
3.8.- Plazas para internos . . . . .	401
3.9.- Cuota mensual . . . . .	402
3.10.- Desintoxicación . . . . .	402
3.11.- Métodos utilizados para la rehabilitación . . . . .	402
3.12.- Formas de ingreso en el Cen- tro . . . . .	402

3.13.-	Motivos que llevan a la toxicomanía a sus pacientes . . . . .	402
3.14.-	Pronunciamento sobre ocho cuestiones: ¿acuerdo-desacuerdo? . . . . .	403
3.15.-	Matización sobre algunas respuestas . . . . .	404

#### VIII.- OPINIONES DE LOS EXPERTOS EN DROGODEPENDIENTES EN ALMERIA

1.-	Variables respecto a los expertos . . . . .	411
2.-	Subgrupos formados según profesiones . . . . .	411
3.-	Método seguido en el análisis de contenido.	
3.1.-	Opiniones de cada miembro sobre cada ítem dentro del subgrupo . . . . .	412
3.2.-	Opiniones subgrupales de cada especialidad acerca de cada ítem . . . . .	412

#### IX.- DROGA Y ETICA

1.-	Aproximación ética al fenómeno de la droga.	
1.1.-	Intereses y objetivos . . . . .	457
1.2.-	Modelo ético y criterios básicos . . . . .	457
1.3.-	Aspectos prevalentes en la aproximación a la droga . . . . .	458

2.-	Principales carencias éticas.	
2.1.-	Contexto de civilización . . . . .	460
2.2.-	Contexto social . . . . .	461
2.3.-	Contexto de las instituciones . . . . .	464
2.4.-	Hacia la esperanza . . . . .	472
3.-	El debate: antiprohibicionismo=legalización "versus" no legalización.	
3.1.-	Legalización . . . . .	475
3.2.-	No legalización . . . . .	479
3.3.-	Paralelo de razones en pro y en contra de la legalización . . . . .	484
3.4.-	Lejos de los extremismos . . . . .	485
4.-	Los españoles en Europa: cambio de valores. Permisividad moral.	
4.1.-	Sobre comportamientos entre nueve naciones . . . . .	489
4.2.-	Sobre divorcio . . . . .	489
4.3.-	Sobre uso de droga (marihuana) . . . . .	489
X.-	CONCLUSIONES . . . . .	493

## XI.- APENDICE

### 1.- Bibliografía.

1.1.- Metodología. . . . .	509
1.2.- Junta de Andalucía . . . . .	516
1.3.- General . . . . .	518

### 2.- Tratamiento estadístico.

#### 2.1.- Padres.

2.1.1.- Cuestionario . . . . .	565
2.1.2.- Tratamiento esta- dístico . . . . .	571

#### 2.2.- Drogodependientes.

2.2.1.- Cuestionario . . . . .	575
2.2.2.- Tratamiento esta- dístico . . . . .	581

#### 2.3.- Expertos y comunidades terapéuticas.

2.3.1.- Cuestionarios . . . . .	585
2.3.2.- Tratamiento esta- dístico . . . . .	595

3.- Atendiculares	599
-------------------	-----

## I.- INTRODUCCION





## I.- INTRODUCCION

- 1.- Importancia del Tema.
- 2.- Responsabilidad.
- 3.- Objetivos.



## 1.- La importancia del tema.

### 1.1.- Ambitos macrosociales y microsociales.

Las toxicomanías son un fenómeno humano de máxima actualidad. Su amplitud alcanza al horizonte entero de la realidad sociopolítica, incluida la economía, y su densidad afecta gravemente a la salud psicosomática de la persona humana.

"Una sociedad que se monta sobre la necesidad de experimentarlo todo, a costa de lo que sea, lleva espontáneamente al consumo de la droga.

Una sociedad que se organiza sobre el esquema de triunfar a toda costa en la profesión, el trabajo, los negocios y el standard de vida que suscita continuamente la propaganda, está fomentando directamente, en su raíz, el consumo de la droga para mantener la absurda carrera de satisfacer la compulsiva necesidad de triunfo.

Una sociedad que se monta sobre el beneficio como valor supremo, y que se niega a distinguir las necesidades reales de las caprichosas, crea un mundo de desigualdades y expectativas que generan frustración y aboca a muchos de sus miembros a la ansiedad, a la inseguridad y al rechazo, llevándoles de la mano a la marginación y a la transgresión cuyo símbolo supremo es la droga.

Una sociedad que decomisa sólo el 10 por 100 de las drogas ilegales que circulan por el mundo está organizada sobre la corrupción institucionalizada a nivel político y económico y favorece "la organización de la muerte a nivel internacional".(1)

"Actualmente las drogas se han convertido en uno de los focos de atención social (2). Hoy es frecuente hablar de drogas. En los medios de comunicación, este tema es presencia diaria en una u otra forma. Entre los grandes temores que acucian hoy a nuestra colectividad, no es raro encontrar el consumo de drogas y la toxicomanía como uno de los males que aquejan al mundo de hoy. Si este impacto social, promovido por las drogas, se observa en un desarrollo creciente, es posible ver que hacia los años 60, el problema era la aparición de una drogas extrañas asociadas a determinados comportamientos en los que estaba implícito el rechazo de la sociedad establecida. En el momento actual, gran parte de la reacción que las drogas están provocando en muchas personas, está más bien en

conexión con el hecho de que una parte de los toxicómanos tienen comportamientos delictivos. El hecho es que las drogas parecen encontrarse desgraciadamente de moda. Y decimos desgraciadamente en un doble sentido: comprender los problemas que las drogas originan a muchas personas que las usan, y de lamentar el tratamiento que otras muchas personas están dando al asunto.

La actual preocupación por las drogas ilegales, de aparición reciente en nuestra comunidad andaluza, contrasta con la insuficiente atención, que hasta ahora, se ha otorgado a drogas que, como el alcohol, han venido produciendo altas tasas de morbilidad en cuanto a problemas sanitarios y sociales. Nuestra comunidad acepta e incorpora el uso de las drogas cuando forman parte de las estructuras fundamentales de aquella y las rechaza y las convierte en un "problema" cuando su uso se sale de la norma, cuando este uso ataca instancias del mismo sistema social.

El uso de algunas drogas puede ser definido como problema por las consecuencias que provoca, pero, a veces, es problema el simple uso de la droga en sí, como ocurrió con las drogas ilegales en el momento en que irrumpieron entre nosotros. Poco a poco, sin embargo, es posible observar que esto se puede ir modificando, en determinados niveles. Las drogas, inicialmente rechazadas, pueden entrar progresivamente en la comunidad extendiendo su uso, como ha ocurrido con el cánnabis.

El consumo de drogas se convierte en problema cuando incide sobre valores considerados básicos por la sociedad. Las drogas hoy atacan, evidentemente, conceptos como la normalidad en el comportamiento del individuo, la concepción de la salud, la vida familiar, la conducta en relación con la educación, la producción económica del individuo y el grupo, etc..."

#### 1.2.- La valoración del problema del consumo de drogas.

Es oportuno reseñar aquí los resultados del estudio realizado por EDIS en 1.987, a nivel nacional, sobre una muestra de 5.074 sujetos de población general y de 1.188 usuarios de centro de tratamiento, incluyendo en usuarios: 820 toxicómanos, 243 familiares y 133 profesionales.

"La opinión mayoritaria (92,5%) de la población general, respecto a la problemática que constituye el consumo de drogas, es que dicho problema es bastante grave o muy grave a nivel nacional; mientras que la valoración de la gravedad del problema, a nivel local, parece ser menor puesto que lo estiman bastante grave o muy grave, en sus localidades de residencia, un 63,4%.

En cuanto a la opinión de la población usuaria, en su conjunto, es algo menos negativa que la de la población general, ya que lo consideran un problema bastante grave o muy grave el 86,7%.

No obstante lo anterior, dentro de la población usuaria se contemplan tres sectores, con opiniones valorativas, que ofrecen diferencias significativas.

Los familiares de los toxicómanos, con bastante diferencia, son los que expresan una valoración más negativa respecto al nivel del problema que constituye el consumo de drogas para el conjunto de la sociedad española. Prácticamente el cien por cien de los encuestados consideran que este consumo genera un problema grave y las tres cuartas partes de este grupo, lo consideran muy grave.

La opinión de los propios toxicómanos aparece, en contrapunto con la de sus familiares, como la de menor intensidad negativa a la hora de pronunciarse sobre la gravedad del problema que puede constituir el consumo de drogas para el conjunto de la sociedad española. Siguen siendo una amplia mayoría los que consideran un problema grave o muy grave, para la sociedad, el consumo de drogas; pero son bastantes menos que en la población general. (82,8%)

Finalmente, los profesionales de los programas, centros y servicios consultados expresan unas opiniones valorativas cuya distribución es prácticamente idéntica a la del conjunto de la población española (bastante grave y muy grave, 91,5%).

Sin embargo, la importancia que concede la población usuaria al problema del consumo de drogas en su propia localidad de residencia es mayor que la que manifestaba la población general.

Por lo que se refiere a la valoración a nivel local que hacen los diferentes tipos de usuarios, se mantiene la misma situación que la que se daba a nivel nacional: quienes califican de más grave el problema son los familiares de los toxicómanos.

En lo que se refiere a la valoración de los problemas derivados del consumo de drogas, la opinión pública se manifiesta especialmente sensibilizada ante tres problemas:

- \* Delincuencia e inseguridad ciudadana.
- \* Problemas familiares.
- \* Problemas de salud.

En este sentido, en el contraste de las opiniones de la población usuaria aparecen diferencias significativas, como puede observarse en la tabla adjunta, a nivel nacional.

Problemas más importantes que provoca el consumo de drogas

	Toxicóma- nos %	Fami- lia- res %	Profe- sio- nales %	Total Usuarios %	Total pob general %
De salud .....	23,2	26,2	24,1	23,9	17,0
Familiares .....	16,8	23,5	14,3	17,9	19,5
De relación con otras personas .....	10,1	6,6	10,5	9,4	6,7
De marginación y rechazo .....	11,6	6,2	16,2	11,5	8,2
Económicos .....	14,6	7,4	4,5	12,1	8,6
Delincuencia .....	10,5	11,1	17,5	10,7	22,4
Laborales .....	6,2	7,0	6,8	6,4	9,4
De rehabilitación social .....	1,6	2,1	6,6	2,3	1,8
De tráfico de drogas .....	2,4	6,6	7,5	3,2	2,9
NS/NC .....	2,9	1,2	2,3	2,5	3,7
Total .....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Base .....	(820)	(243)	(733)	(1136)	(5074)

FUENTE: Sánchez C. y otros (1.988) citando a EDIS.

Como diferencias más significativas entre la opinión de la población usuaria y la de la población en general se pueden destacar las siguientes:

- \* " Los problemas de salud ocupan el primer lugar para toda la población usuaria (con mayor relieve para los familiares de los toxicómanos); sin embargo, para el conjunto de la población estos problemas se sitúan en un tercer lugar, a continuación de los problemas de delincuencia y de los familiares, cuya importancia es señalada en mayor proporción por las propias familias de los toxicómanos, que por éstos y los profesionales de los centros; estos últimos los sitúan en tercer lugar, detrás de los problemas de marginación social y rechazo.
- \* Para los toxicómanos los problemas económicos ocupan el tercer lugar en importancia, en tanto que sus propios familiares sólo les conceden el quinto lugar y los

profesionales el octavo. Los de marginación y rechazo y los de relación con otras personas preocupan más a los toxicómanos que a sus familias; éstas tienen una opinión sobre estos problemas similar a la que expresaba la población general.

- \* La delincuencia preocupa muchísimo menos al conjunto de la población usuaria que a la población general; mientras que para ésta ocupaban el primer lugar en importancia, para la población usuaria ocupan el quinto.
- \* Los problemas de rehabilitación social preocupan en bastante mayor proporción a los profesionales de los centros y programas de atención que al resto de la población usuaria y a la población general." (4)

### 1.3.- Situación "subcultural de los drogadictos".

Se ha escrito que el fenómeno de la drogadicción está más extendido estadísticamente en los ambientes de pobreza y marginación. El núcleo de mi estudio está reducido, en casi su totalidad, a personas ubicadas en los suburbios almerienses. Es de dominio público que aun cuando los camellos que suministran las drogas vialmente, a domicilio y en sus propios barrios de residencia, son normalmente consumidores, el consumo de las mismas también se da en el centro y en el resto de la capital.

En cuanto se relaciona con los aspectos de la subcultura de las toxicomanías hago mía la descripción de Martínez Osés:

- "Cultura callejera. Es la cultura que acompaña al fenómeno de la droga, que lo es de la fuerza, del miedo, del honor y la fidelidad por temor y sin sentido ni razón. Es una cultura callejera puesto que se expresa y desarrolla en las calles de algunos barrios, en las grandes ciudades ... "Ley de la calle". La calle no nace como cultura en sí misma, es una actitud y siempre de cara a "lo otro".

- La cultura del deseo provocada por los mecanismos de información publicitaria es uno de los aspectos más comunes de las calles, y fuera de ellas. Pero todos sabemos que el deseo es una actitud que surge de un presente inconformado. Cuando más inconformado sea ese presente, por un lado, y más bombardeado sea presentándosele el mundo acrítico y feliz por otro, esto no es para aquí; sabemos que el mundo que se nos presenta de forma acrítica-para entendernos-de color rosa, no existe. "Es todo

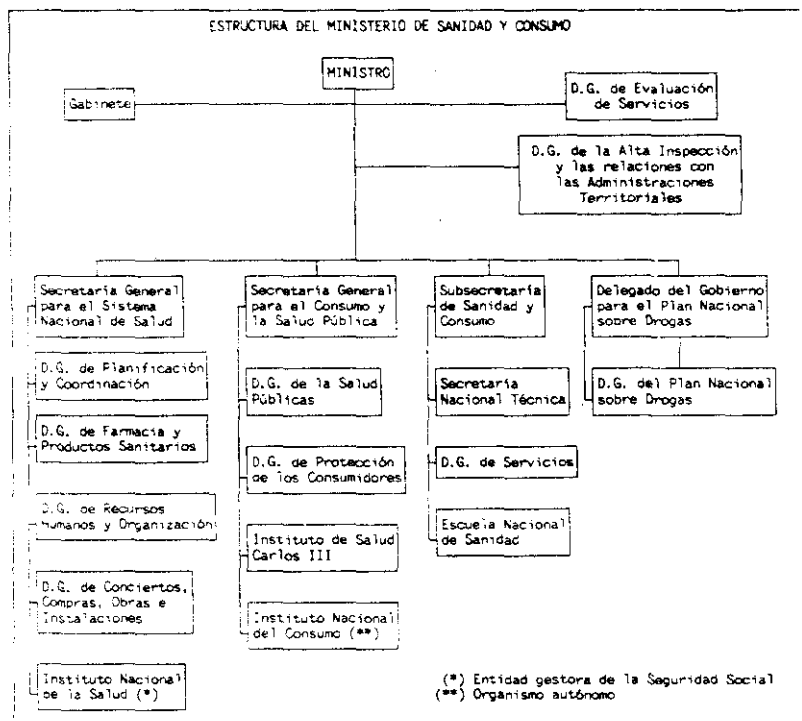


mentira". ¡Esta frase expresa tanto y es tantas veces dicha a propósito del tema!...

- Pero es también la crítica del pataleo, el último mecanismo de defensa del que está muy atrapado por las redes de este mundo de apariencias, colores, -ahora parece que se lleva más el blanco y negro-, de felicidad, de seducción, de libertad ... Y éste seduce más al que potencialmente le pueden llegar más cosas nuevas, desconocidas ... este individuo potencial es el nuestro: El que menos tiene. Pero por todo hay que pagar en esta vida, ¿no?. Y, ¿el que menos tiene?. También. Ha de pagar evidentemente. Existe así la frustración del deseo y sentimiento de incapacidad para cumplirlo.

- Finalmente es importantísimo nombrar aquí otra consecuencia de ese bombardeo, aunque es una constante de la "filosofía" de nuestro tiempo: la inmediatez. "¡Ahora!. ¡No espere ni un minuto más!. ¡Ya!. ¡No lo piense más!. Esta inmediatez es principalmente la huida del proyecto personal... En este mundo está la droga".(5)

Quienes tienen otros niveles culturales, ambientales, pueden disponer de mayores defensas ante las invitaciones e incitaciones patogénicas que los reclaman para engrosar el consumo o hacerse traficantes de drogas ilegales, o practicar ambos roles.



Fuente: El PAIS, sábado, 22 de junio de 1.991. Pag.25.

El organigrama manifiesta la evidente importancia que tiene la droga. Por ello ocupa rango a nivel de Secretarías Generales y Subsecretaría de Sanidad y Consumo, con las denominaciones: "Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas". "Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas". Otros Ministerios también comparten responsabilidades en torno al fenómeno toxicómano. Así el Mº del Interior y el Mº de Justicia, en sus cometidos específicos. Los Ministerios de Hacienda y Educación, vigilando y decomisando el contrabando de estupefacientes, el primero; formando al profesorado para que pueda educar con refuerzos preventivos al alumnado, el segundo. Los poderes: legislativo, judicial y ejecutivo están implicados en la defensa de la salud pública gravemente atacada por las drogas.

## 2.- Responsabilidad.

La importancia del tema, en el ámbito de Almería capital, implica una gran responsabilidad su estudio. Mi participación como coordinador regional en Andalucía y colaborador técnico, por Almería, en el estudio "El desenganche de la droga", me invitó a profundizar en el tema de la toxicomanía, llevándome a tomar conciencia de que la farmacodependencia es un fenómeno psicosocial, polifacético de máxima extensión y profundidad.

Los treinta y cinco años de vecindad ininterrumpida en el Suburbio de "La Chanca", Barrio de Pescadería, situado mi domicilio en la Calle Corbeta, 3, embarcado con el Barrio, en los tiempos de calma como en los recios temporales, -que los ha habido y muy fuertes-, ubicada mi casa, en términos marímeros, a babor el Puerto Mercante; a estribor el Puerto Pesquero; a proa el mar Mediterráneo y a unos cien metros de distancia; a popa las Cuevas de las Palomas, Las Cuevas de San Joaquín y las Cuevas de Pecho. También, en esta orientación norte, las "casitas" y "casitas-cueva", que aún quedan como muestra de las muchas que en otros tiempos fueron y dieron a La Chanca los apelativos de: "la gran topera"; "la gusanera"; "una sombra en la Costa del Sol". También se dan en La Chanca viviendas llamadas "sociales" con proyectos parciales ejecutados y con promesas de reordenación total de la barriada para que sea posible una urbanización que dé respuestas a las necesidades humanas fundamentales, exigidas por una convivencia social normal.

En el trato cotidiano y profundo con los habitantes de todas las edades, he escuchado el "quejío"-llorar cantando, cantar llorando-, como fuerte lamentación jeremiaca, ante la degeneración del Barrio de Pescadería-Chanca desde que las drogas aquí se venden y consumen con superior primacía sobre cualquier otro lugar de la ciudad.

Los gritos al unísono repetidos en las manifestaciones antidroga, han sido algunos de ellos expresados en pintadas por toda La Chanca. Como muestra copio algunas de ellas:

¡Drogas no; trabajo sí!. ¡La droga mata; los camellos matan!. ¡ Los camellos al desierto!. ¡Fuera camellos del barrio!. ¡El camello y la policía, la misma porquería!. ¡Tenemos la juventud en la cárcel!. ¡Nos quedamos sin juventud!. ¡En este barrio ya no se puede vivir!. ... En no pocas "casitas-chabola" se lee: "SE VENDE", "SE BENDE". Las gentes dicen: "Nuestro Barrio de Pescadería fue el mejor Barrio de toda Almería. Ya, por la droga maldita, no se puede vivir en él". Los que pueden irse se van.

Las visitas reiteradas a la prisión "El Acebuche" para entrevistarme con los drogadictos delincuentes de La Chanca, moviéndome con plena libertad en el recinto, tanto en el trato con hombres como de mujeres; los fallecidos por sobredosis o por drogas adulteradas; los dos últimos drogodependientes suicidados y estudiados por mí, han sido fuertes llamadas estimulantes a proseguir responsablemente mi trabajo.

Las entrevistas con los padres de los toxicómanos, especialmente las madres, a las que he acudido y las que han acudido a mí, han sido y siguen siendo por sus confidencias acicate para perseverar en mi empeño.

Las confidencias en mí depositadas por ellos/as, por familiares y amigos; las lágrimas en mi presencia vertidas, las desesperanzas manifestadas, los secretos confiados en la cárcel y en libertad; la noche en luctuosa vigilia con la madre viuda y los hermanos del "suicida"; a la acogida en mi casa para pasar la noche, recién salido de la prisión, sin darle derecho a entrar en la casa materna; el centramiento siempre en torno al enfermo toxicómano, -mi señor-, en tantas horas "buceando" en él presente, meditando sobre él en su física ausencia, para adentrarme en su discurso y en la lógica suya intentando traducir sus expresiones mimico-lingüísticas, sus vivencias, el cuadro de las patologías... Tal vez puedan aparecer demasiado burdas, duras las expresiones al transcribirlas. La realidad desalmada supera a la descripción literaria. La empatía, por supuesto gratuita, con el paciente-cliente, alter ego, amigo, hermano, confidente, con tantas variantes como aportara cada persona entrevistada, supera, en mi universo estudiado, la belleza investigadora de la cita de Rof Carballo (1989): "Dice poéticamente un cosmólogo, Trinh Xuan Thua, autor de un hermoso libro, "La Melodía secreta": "La ciencia nos ha enseñado que compartimos con toda la materia del universo una historia común, que somos los hijos de las estrellas, los hermanos de las fieras salvajes, los primos de las bellas amapolas de los campos. También nos enseña que llevamos el universo en nosotros, que somos indivisibles de él". Prosigue de su parte Rof: "No somos pues, como pensaba el escéptico Jacques Monod, unos pobres zingaros que tocan su violín en la cuneta del mundo sin que nadie los oiga. El más humilde de nosotros participa en la creación del Universo, no sólo en su historia; somos partículas privilegiadas del Ser. Con esta concepción se inicia lo que he tenido la osadía de llamar "el nuevo Renacimiento". (6) -Por mi parte me he metido en el "cosmogonismo humano" de las drogodependencias tratando de integrarme en la muestra estudiada, aproximándome a lo del filósofo Terencio: "Nada que sea humano lo considero, juzgo, estimo ajeno a mí". Por los toxicómanos almerienses mi intento.

La literatura estudiada, en especial la del Dr. Verdejo Vivas, "Drogadicción", que hube de presentar al público almeriense en el Aula de Cultura de Cajalmería, me ha estimulado para proseguir hacia una mayor concienciación de que las drogodependencias son uno de los más acuciantes problemas en el ámbito de la sociedad almeriense. Quizá el más importante en la Capital, objeto de mi estudio, como en las poblaciones con mayor número de habitantes. Por todo ello mi intento de respuesta, con lo que lleva de responsabilidad, reclamada por el hecho patente de los drogodependientes en Almería y sus graves consecuencias.

La asistencia activa al "Simposio Científico sobre Drogas y Sociedad", celebrado del 8 al 13 de Agosto de 1.988, cuyas sesiones sumaron treinta horas, Universidad Internacional Menéndez y Pelayo en Santander, me abrió posibilidades de diálogo con expertos en diversas materias. Todo ese proceso informativo y de estudio, acerca del problema toxicómano, ha merecido la nominación de macrofenómeno social. Como fenómeno pluridimensional requiere aproximación teórica interdisciplinar, y un tratamiento científico plural. Consciente de un obligado reduccionismo, trato de abrirme a fuentes bibliográficas para no perder la visión caleidoscópica de fenómeno tan multicausal, plurimotivacional, como multisignificativo, cual es el de las toxicodependencias. Los parámetros en que pretendo moverme, sin salirme del método - camino-, son los reglados por el enfoque psicosocial.

### 3.- Objetivos.

Toda investigación requiere definir unos límites y establecer unos objetivos para conseguir rigor y profundidad.

Los límites son: geográficos - Almería capital- y humanos. El estudio empírico se centra en los toxicómanos y sus padres, quienes han decidido colaborar voluntariamente en mi trabajo profesional como psicopsicólogo clínico.

El objetivo principal del estudio empírico consiste en estudiar la posibilidad de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los toxicómanos almerienses.

Los objetivos específicos de estudio son:

- Actitudes y motivaciones del toxicómano ante la droga y ante su deseo y posibilidad de recuperación.
- Actitudes de los padres ante la situación de su hijo/a drogadicto/a.
- Actitudes de los expertos sobre las posibilidades psicológicas, educativas, sanitarias y sociales de tratamiento y rehabilitación-reinserción.

## NOTAS

- (1) Gómez Ríos, M.(1987). "Presentación". En Droga y Familia. Ed. P.S., Madrid. Pág. 5
- (2) Comisionado para la Droga (1988). Los andaluces ante la droga. Ed. Junta de Andalucía. Págs. 19-20.
- (3) EDIS: 1.987. "Los andaluces ante las drogas". Ed. Andalucía Junta. Sevilla.
- (4) Sánchez,C. y otros (1988). "Conocimientos y valoración de las medidas y servicios de atención a toxicómanos", en Comunidad y Drogas. Nº 8, Rev. Estudio realizado por EDIS, 1.987, a nivel nacional.
- (5) Martínez Osés,P.(1990). "¿Por qué caen en la droga nuestro chicos?". En Pastoral Misionera. Rev. Nº 170. Págs. 18-23.
- (6) Rof Carballo, J.(1989): "Mónica y el Péndulo de Foucault". En "A.B.C.". (9, Nov.Pág.3).

## II.- METODOLOGIA Y FUENTES DOCUMENTALES





## II.- METODOLOGIA Y FUENTES DOCUMENTALES

- 1.- Marco teórico.
- 2.- Metodología de Estudio de la toxicomanía en Almería.
- 3.- Fuentes documentales.



## 1.- Marco teórico.

### 1.1.- Cuestiones Epistemológicas previas.

La fundamentación epistemológica es actualmente imprescindible en una disciplina que pretende su construcción científica. En el campo de las Ciencias de la Modernidad es más necesaria aún, ya que con frecuencia se hallan ausentes de las clasificaciones clásicas de las ciencias.

Las preguntas básicas que se plantean son:

- ¿Qué es ciencia?.
- ¿Cómo se elabora el conocimiento científico?.
- ¿Con qué métodos?.
- ¿Qué objetivos pretende la ciencia?.
- ¿Puede prescindir la ciencia de las ideologías?.
- ¿Qué relaciones hay entre ciencia y tecnología?.

Las respuestas a estos interrogantes hemos de buscarlas en la epistemología o teoría de la ciencia.

Episteme es el conocimiento verdadero, superior frente a la doxa u opinión subjetiva, en Platón frente a los sofistas.

En Aristóteles es una forma de saber y alcanzar la verdad, es un saber demostrativo, apodíctico, universal y necesario, que intenta mostrar la estructura interna de las cosas. Zubiri (1979) la interpreta como:

"intelección demostrativa que demuestra (exhibe) la interna necesidad de lo que no puede ser de otra manera". (1)

El conocimiento epistemológico es demostrado por causas, que a su vez se remontan a otras, así hasta los primeros principios. Estos no son demostrados, sino que son el fundamento imprescindible para la base axiomática.

Contra esta concepción fundamentalista de la ciencia reaccionó el positivismo.

Hay diversas concepciones de qué es la ciencia. Hay quienes reservan este término exclusivamente para el conocimiento elaborado a partir de una observación-experimentación cuidadosa de fenómenos objetivos y medibles. Como refiere Kuhn (1961) en la fachada del edificio de la Social Science Research de la Universidad de Chicago una inscripción dice así:

"Si no puedes medir, tu conocimiento es escaso e insatisfactorio". (2)

La Ciencia tiene tal prestigio en el mundo actual que Feyerabend (1975) la considera como la religión moderna, que desempeña el papel que tuvo el cristianismo en la Europa medieval. En su opinión, la ciencia no tiene características especiales que la distinga de actividades tales como escribir poesías o mirar los astros. (3)

Bunge (1980) define la epistemología como la rama de la filosofía que estudia la investigación científica y su producto, el conocimiento científico. (4)

Pérez Gómez (1978) considera que la epistemología debe abarcar los problemas de la demarcación de la ciencia, el concepto de ciencia, y de su incremento, el desarrollo de la ciencia. Define la epistemología como el estudio de la constitución, de los conocimientos científicos que se consideran válidos. (5)

Abordamos estas cuestiones del modo siguiente:

1º Breve síntesis histórica del método como búsqueda de la verdad y elaboración de la ciencia hasta fin del siglo XIX.

2º Corrientes epistemológicas actuales.

3º La investigación como medio de construcción de la ciencia y de transformación de la realidad.

4º Aplicación a la disciplina objeto de este estudio.

#### 1.2.- El problema del método en la historia del pensamiento.

Desde la antigüedad hubo una teoría del conocimiento, muy relacionada con la filosofía, que enlaza con la actual epistemología.

En la filosofía platónica, el rasgo dominante es la búsqueda del conocimiento por medio de la dialéctica. El pensamiento es siempre superior y más exacto que la percepción sensible. Esta no nos brinda ciencia alguna sino sólo opiniones. No penetra en el mundo del ser, pues se detiene en la apariencia. La matemática provee una valiosa preparación para el pensar dialéctico. Platón consiguió gradualmente descender hasta las leyes del pensamiento y preparar

el camino para la lógica aristotélica.

En el método platónico no podemos olvidar una condición de importancia extraordinaria para él: la preparación moral, el autodomínio, la sujeción de las pasiones, porque todo afecto desordenado indisponde para la sabiduría. Sin una terapéutica adecuada, el alma agitada por los afectos, no cobra la serenidad que la hace capaz de contemplar el mundo de las ideas.

Aristóteles, más ceñido a la realidad, más objetivo, conoce el principio fundamental de toda la metodología: que el método ha de ceñirse al objeto.

La experiencia sensible es el punto de partida constante en Aristóteles, suprimido el mundo trascendente de las ideas platónicas. Es verdad que la ciencia es un conocimiento de lo universal y necesario, pero para alcanzarla hay que partir siempre de los datos de la experiencia: Por eso la inducción, el paso de los singulares a lo universal, es un verdadero método científico.

Los métodos que emplea al elaborar su filosofía ya no envejecerán. Experiencia y razón, combinadas ambas mediante la abstracción; junto a la inducción, la deducción - cuya forma perfecta la da el silogismo-, el análisis junto a la síntesis; partir de los hechos singulares y elaborar después un amplio sistema.

Aristóteles es el creador de la lógica como una ciencia sistemática; no la considera como una "parte" de la filosofía, sino más bien como propedéutica fundamental de las formas de pensamiento y de sus leyes.

Vamos a detenernos en el método de Santo Tomás, como representante caracterizado del pensamiento medieval. Y en concreto en la "Suma".

La unidad orgánica de la Suma es el artículo, y en él hay cuatro momentos, para lograr la verdad.

Primer momento: Planteamiento de la cuestión. El título reviste una forma dubitativa, expresión de una auténtica duda metódica. Cada cuestión se abre con el clásico "Utrum".

Segundo momento: Enumeración de autoridades y razones, en sentido contrapuesto. Los primeros argumentos, que con frecuencia quedan reducidos a tres, vienen precedidos por el videtur (parece) para recoger cuanto de verosímil encierra la solución negadora de la tesis dubitativa, y agotar cuantas dificultades pudieran surgir. Al final precedidos por él "sed contra" preparando la solu-

ción, se aduce alguna razón, o autoridad.

Tercer momento: Solución del problema. Naturalmente que la solución ha de ser no una respuesta categórica, sino apretada de razones.

Cuarto momento: Solución de las dificultades, suscitadas por las razones contrarias. Porque es preciso que la verdadera solución dé cumplida cuenta de toda la verdad.

Con Descartes el problema del método será el tema o núcleo fundamental de todo el pensamiento posterior. La primacía del método de conocimiento, que presidirá las preocupaciones de la época moderna y contemporánea tiene su origen en el Discurso del método y en las "Regulae ad directionem ingenii". La razón opera en todo su ejercicio sometida a unas leyes metódicas. Según estas leyes sólo se puede dar asentimiento a lo perfectamente conocido y de lo que no se puede dudar. Las únicas ciencias que, en principio, considera paradigmáticas, porque no dan lugar a duda, son la aritmética y la geometría.

Los requisitos que debe ofrecer todo método que pretenda alcanzar la verdad son dos: no confundir lo verdadero con lo falso y llegar al conocimiento de todas las cosas.

Para alcanzar la verdad, el entendimiento puede optar por una doble vía: la intuición y la deducción. Por intuición entiende la presencia inmediata del objeto al entendimiento. Las condiciones que señala para esa intuición son que la proposición sea comprendida clara y distintamente, toda entera y al mismo tiempo. La deducción, para Descartes, es el movimiento del pensamiento por el que se pasa de una verdad a otra.

Hume quiso ser el filósofo de la naturaleza humana. Partiendo de ésta, el empirismo de Hume es la reducción del mundo humano al hombre mismo en su objetividad empírica. De esta forma, el conocimiento humano es limitado y definido por las impresiones y por su vivacidad y fuerza, que suscitan la imaginación de las pasiones.

Las percepciones que penetran con mayor fuerza y evidencia en la conciencia se llaman impresiones. Las imágenes debilitadas de estas impresiones se llaman ideas. Toda idea deriva de la correspondiente impresión y no existen ideas o pensamientos de los cuales no se haya tenido precedentemente una impresión. El hombre puede componer y relacionar estas impresiones pero éstas son sus límites de conocimiento y no admite nada más allá de las mismas.

En Kant la Filosofía toma el carácter de la autorreflexión, de la autoconcepción del espíritu. La Filosofía se presenta en primer término como fundamentación crítica del conocimiento científico.

La antítesis del escepticismo sería el dogmatismo y aquí se presenta el criticismo como una síntesis entre las dos posiciones anteriores.

El criticismo como método consiste en investigar las fuentes de las propias afirmaciones y objeciones y las razones en que las mismas descansan; este método da la esperanza de llegar a la certeza.

En cuanto al origen del conocimiento se presentan dos posiciones extremas: Racionalismo y empirismo. Como mediador parece el apriorismo que considera el pensamiento y la experiencia como fuentes de conocimiento.

Para el apriorismo nuestro conocimiento presenta elementos a priori, independientemente de la experiencia (comparte esta opinión con el racionalismo), pero estos factores son formas del conocimiento que reciben su contenido de la experiencia (comparte esto con el empirismo).

La materia del conocimiento procede de la experiencia, de las sensaciones que se presentan caóticas. La forma procede de la razón que ordena este caos mediante las formas a priori de la intuición (espacio y tiempo) y del pensamiento (categorías).

Frente a estas dos posiciones extremas, realismo e idealismo, el fenomenalismo Kantiano, trata de mediar. Es la teoría según la cual no conocemos las cosas como son en sí, sino como nos aparecen. Nuestro conocimiento permanece limitado al mundo fenoménico.

La interpretación de toda la realidad como proceso haciéndose en la oposición y en la lucha, mediante la superación y la síntesis realizadora, conduce al idealismo al procedimiento intelectual del método dialéctico, cuyo máximo representante es Hegel.

En una síntesis podríamos decir, en términos generales:

El Yo Absoluto: 1) Es un Sujeto Total en Sí mismo (aunque no consumado, universal autoactivo procesual). 2) Urgido de irse realizando y autodesplegando. 3) A través de "concretizaciones" alienantes (en cuanto inmersas en acontecer) y contrarias a sí mismo (en cuanto pueden impedir su auto-realización); 4) A las cuales, por otra parte, tiene que ir negando o diferenciando mediante un lucha violenta



de su autoconsciencia; 5) Reabsorbiendo y superando todas las realidades mediales, que son condiciones necesarias para su autodespliegue; 6) En orden a y hasta la consumación de sí mismo para sí mismo.

Todo es urgencia intrínseca de auto-realización por medio de su misma auto-consciencia. Todo es alienación y mediación de opuestos. Todo es negación y lucha de contrarios. Todo es un ritmo de reabsorción y superación. Todo es teleología = tendencia a una consumación última = todo es uno para sí mismo = idea absoluta. En resumen: todo es uno en sí, en otros (=mediación) y para sí mismo.

En Comte, por vez primera la lógica reconoce como regla fundamental que toda proposición que no es estrictamente reducible al simple enunciado de un hecho, particular o general, no puede tener ningún sentido real o inteligible. La imaginación y el razonamiento se subordinan ahora a la observación.

De esta manera se sustituye la inaccesible determinación de las causas propiamente dichas, por la simple averiguación de las leyes, o sea de las relaciones constantes que existen entre los fenómenos observados. Porque no podemos conocer verdaderamente más que las diversas relaciones mutuas propias de su cumplimiento, sin penetrar nunca en el misterio de su producción.

Pero el positivismo, según Comte, está también muy lejos del empirismo. Este no consistiría sino en la acumulación de datos de observación. El positivismo va más allá de esas meras simples observaciones, porque al llegar a las leyes de los fenómenos, consigue introducir en nuestra observación la previsión racional. Su lema es, por tanto, "ver para prever", estudiar lo que es para deducir lo que será, según el dogma general de la invariabilidad de las leyes naturales.

Marx y Engels no pretenden sólo el estudio teórico de la realidad. Como dice Marx al final de sus Tesis sobre Feuerbach:

" Los filósofos hasta este momento no han hecho más que interpretar el mundo, ahora se trata de transformarlo."

Marx descubre que la alienación económica es el fundamento de todas las demás alienaciones. La historia de la humanidad es esencialmente la historia de luchas entre las clases sociales. Las fuerzas productivas forman el substrato de la historia de la humanidad (la estructura básica), sobre el cual se erigen las superestructuras ideológicas (políticas, jurídicas, religiosas, etc.) que reflejan

la realidad social que les sirve de base.

El devenir del mundo humano está integrado en el devenir general de la realidad. En contra del materialismo clásico, el materialismo dialéctico rechaza la idea de una esencia inmutable de las cosas. La materia está en continuo movimiento, ya se trate de problemas físicos, reacciones químicas o movimientos sociales. Toda la materia está en constante evolución.

El término fenomenología parece que fue usado primeramente por J.H. Lambert en 1764. Hegel lo emplearía en su "Phenomenologic des Geistes", 1807; pero fue Edmundo Husserl quien la ha popularizado e impuesto en el pensamiento contemporáneo.

Las reglas del método fenomenológico no son tan fáciles de sintetizar, en primer lugar porque no coinciden la mayor parte de los pensadores en las exigencias fundamentales del método; y en segundo lugar porque no siempre son expuestas de una manera explícita.

Con estas limitaciones vamos a trazar los rasgos fundamentales del método.

En primer lugar se trata de una visión intelectual del objeto, entendiendo por objeto lo inmediatamente dado. Junto a la intuición aparecen las reducciones. La primera de estas reducciones es la de todo elemento subjetivo. La fenomenología pretende ante todo mantener la mirada en el objeto eliminando cualquier intromisión del sujeto; en segundo lugar se eliminan cualquier hipótesis, teoría, presupuesto o prueba que pudiera añadirse a lo inmediatamente dado, lo que implica la supresión de cuanto nos ha venido por tradición y se superpone a la visión actual del objeto. Sobre todo hay que olvidar su carácter existencial y centrarnos exclusivamente en la esencia. Y a la vez eliminar todo cuanto tenga carácter accesorio, lo que no responda a la estructura fundamental del objeto.

Todas estas eliminaciones o reducciones presentan un carácter exclusivamente metódico, es decir, de ninguna manera se niegan los elementos de que se prescinde, ni implica valoración alguna negativa de la parte que se desecha.

Pudiera parecer que para efectuar la intuición fenomenológica bastaba una mirada atenta a lo real, y en todo caso ampliar el campo de nuestra experiencia. Pero la cosa no es tan sencilla, porque de una manera casi insuperable superponemos al objeto todo nuestro mundo interior y nuestras representaciones previas, actitudes y emociones, que se proyectan sobre toda la realidad que tenemos ante

nosotros. Todas las reducciones recomendadas por Husserl sólo pretenden dejar que el objeto se presente él mismo, a ser posible sin aditamento alguno por nuestra parte.

### 1.3.- La investigación medio de construcción de la Ciencia y de transformación de la realidad.

La ciencia no es un producto acabado y completo que se trasmite dogmáticamente, sino que es un saber provisional, que se va inventando, mediante aproximaciones sucesivas. El medio por el cual se incrementa o se revisa y se perfecciona la ciencia es el arduo y constante trabajo de la investigación científica.

Pero, ¿cómo debe realizarse la investigación para que sea científica?. También en este tema crucial hay diversidad de enfoques, de corrientes, de paradigmas. Abordemos los aspectos más relevantes, a nuestro parecer, conforme a los siguientes epígrafes:

- finalidad de la investigación.
- métodos de investigación.
- variables objeto de estudio.
- agentes de la investigación.

#### 1.3.1.- Las finalidades de la investigación científica.

El gran debate cuantitativo-cualitativo es uno de los grandes temas de los últimos 25 años. Wright (1971) en su obra *Explanation and Understanding* sitúa adecuadamente la perspectiva histórica. Se trata de un nuevo enfrentamiento entre dos grandes tradiciones científicas. La primera, que remonta hasta Aristóteles, privilegia la comprensión, en término de finalidades, de intenciones, de motivos, de razones: es la tradición hermenéutica. La segunda, que el autor llama galileana, resalta la explicación científica conforme a causas o factores, sin ocuparse de los fines: es la tradición positivista. (6)

A comienzo de siglo, Claparède (1904) trata este problema a propósito de la psicología. Presenta como ejemplo las respuestas a la cuestión planteada a un amigo: "¿Por qué corres?" La explicación sería: ciertos procesos psicoquímicos activan los centros motores de los que dependen los músculos de mis piernas... La comprensión sería aportada por la respuesta: "Porque no quiere perder

el tren". Concluye Claparède:

" En psicología, junto a la explicación causal, es necesario dar lugar a la explicación teleológica, que se puede distinguir con el nombre de comprensión. Un proceso psicológico es comprendido cuando se descubre a qué interés tiende a satisfacer. Mientras la explicación causal mira los procesos psíquicos desde el exterior, la comprensión los mira desde dentro". (7)

Tenemos marcadas dos finalidades de la investigación científica: explicar y comprender. Dan lugar a dos paradigmas: cuantitativo y cualitativo. Antes de exponer la situación de este debate, añadamos otra finalidad de gran importancia en las orientaciones científicas moderna y contemporánea. Uno de los famosos lemas de la ciencia natural moderna es el de Bacon en su *Novum Organum*: "Natura non nisi parendo vincitur". El fin de las nacientes ciencias naturales es construir una técnica o "artes" que permitan al hombre dominar la naturaleza. Dos siglos después, Carlos Marx resalta que la finalidad del pensamiento científico no es sólo interpretar el mundo, sino transformarlo. Desde la posición epistemológica materialista y dialéctica se entiende la ciencia "como un actividad humana implicada en la construcción real del mundo en su diversas dimensiones". (8)

Veamos cómo estas tres finalidades de la ciencia afectan a las corrientes de investigación. Lo intentamos desde una doble perspectiva:

- 1ª) Los paradigmas cuantitativos y cualitativos en la investigación.
- 2ª) La investigación sobre el tema que nos ocupa de acuerdo a la distinción de Elliott (1978). (9)

#### 1.3.1.1.- El debate cuantitativo-cualitativo.

En la investigación del siglo actual ha predominado hasta hace pocos años el paradigma cuantitativo. Entiéndase el término paradigma en el sentido Kuhniano de matriz disciplinaria que abarca generalizaciones, supuestos, valores, creencias y ejemplos de lo que constituye el interés de una disciplina.

El paradigma cuantitativo adopta los supuestos

mecanicistas y estáticos del modelo positivista de las ciencias naturales; se puede alcanzar un conocimiento objetivo del mundo natural y también de la sociedad; se debe utilizar la misma metodología; hay un orden social y natural mecanicista. (Filstead, 1986).

El paradigma cualitativo entiende la realidad social desde una perspectiva humanista y evolutiva. El mundo social no es fijo ni estático, sino cambiante y dinámico; es una realidad compartida, viva y cognoscible para todos los participantes en la interacción. Los individuos son agentes activos en la construcción de la realidad social en un entorno concreto. Como señala Douglas (1970): (10)

"Cualquier entendimiento científico de la acción humana, en cualquier nivel de ordenación o de generalidad, debe empezar y basarse en un entendimiento de la vida cotidiana de los miembros que realizan estas acciones. No llegar a advertir esto y no actuar de modo consecuente, es cometer lo que podríamos denominar la falacia del abstraccionismo, es decir, la falacia de creer que uno puede conocer en una forma más abstracta lo que no comprende de un forma particular".

El paradigma cualitativo es el que guía principalmente la investigación de los antropólogos, sociólogos de campo, interaccionistas y etnometodólogos.

- En el paradigma cuantitativo se usan diseños experimentales y cuasiexperimentales, estudios correlacionales y medición de resultados, con amplio apoyo de modelos matemáticos y análisis estadístico.

- En el cualitativo se realiza sobre todo observación participativa, con estudio de casos, entrevistas en profundidad, cuestionarios de seguimiento, informes de campo. (Fenstermacher 1986, Doyle 1986, Bogdan y Biklen, 1982).

Véase a continuación el cuadro comparativo de ambos paradigmas que hacen Cook y Reichard (1982). (11)

### 1.3.1.2- Atributos de los paradigmas cualitativo y cuantitativo.

#### Paradigma cualitativo

Aboga por el empleo de los métodos cualitativos.

Fenomenologismo y Verstehen (comprensión) "interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa".

Observación naturalista y sin control.

Subjetivo.

Próximo a los datos; perspectiva "desde dentro".

Fundamentado en la realidad, orientado a los descubrimientos, exploratorio, expansionista, descriptivo e inductivo.

Orientado al proceso.

Válido: datos "reales", y "profundos".

No generalizable: estudio de casos aislados.

Holista.

Asume una realidad dinámica.

#### Paradigma cuantitativo

Aboga por el empleo de los métodos cuantitativos.

Positivismo lógico; "busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando atención a los estados subjetivos de los individuos".

Medición penetrante y controlada.

Objetivo.

Al margen de los datos: perspectiva "desde fuera".

No fundamentado en la realidad, orientado a la comprobación, confirmatorio, reduccionista e hipotético-deductivo.

Orientado al resultado.

Fiable: datos "sólidos" y "repetibles".

Generalizable: estudios de casos múltiples.

Particularista.

Asume una realidad estable.

El enfrentamiento entre los defensores de estos dos paradigmas se hizo notorio a propósito de la evaluación de programas, como el Head Start (Bogdan y Biklen, 1982, p. 195). Landsheere (1986, p. 332) Destaca a este respecto el choque dentro de la Asamblea de la American Psychological Association, en septiembre de 1974, donde intervinieron Campbell y Cronbach entre otros. (12)

Campbell es un ejemplo significativo de cambio de postura desde acérrimo defensor del paradigma cuantitativo a ser partidario de la integración de métodos cuantitativos y cualitativos. Dice al respecto en 1966:

"Nos declaramos partidarios del método experimental como único medio de zanjar las disputas relativas a la practica educacional, única forma de verificar adelantos en el campo pedagógico y único método para acumular un saber al cual puedan introducirse mejoras sin correr el peligro de que se descarten caprichosamente los conocimientos ya adquiridos a cambio de novedades de inferior calidad". (13)

Campbell en 1974 declara:

"Si hubiera que organizar en los mismos programas evaluaciones cualitativas y cuantitativas, yo esperaría que coincidieran. En caso de que no fuera así me parecería posible que la equivocada fuese la cuantitativa".

La incorporación conjunta de técnicas cuantitativas y cualitativas en una misma investigación parece ser la tendencia investigadora que va siendo cada vez más aceptada.

"Ambos extremos -la evitación por los empiristas estrictos de fenómenos que desafían la cuantificación, y la oposición por los etnometodólogos a todos los esfuerzos por la medida- en su adherencia a rígidas normas metodológicas, nos distraen de lo que es nuestro principal interés; a saber, la investigación de los problemas pedagógicos significativos usando los métodos que sean apropiados." (14)

Landsheere (1986) califica de positiva la evolución de la investigación en educación de las últimas décadas, debida a Campbell, Cronbach, Stake y otros, y que ha aportado muchas ventajas:

- Apertura hacia lo cualitativo asegurando una aprehensión más profunda de las realidades y permitiendo tratamientos cuantitativos más finos.

- Importancia del estudio de los procesos o cambios que acaecen entre el comienzo y el final de la experiencia.
- Búsqueda de unificación del conocimiento cualitativo y del cuantitativo.
- Toma de conciencia de la importancia crucial de las interacciones entre el tratamiento experimental y las características de los sujetos y de su entorno físico y humano: un mismo método de enseñanza acompañado de las mismas directrices y del mismo material no arroja los mismos resultados en todas las circunstancias.
- Superación de los diseños experimentales cerrados, a fin de tener en cuenta los resultados imprevistos.
- Asunción de responsabilidades por los sujetos de la experimentación.
- Apertura al saber local, a lo contingente, a lo efímero. De aquí la neta distancia entre validez a corto plazo y a largo plazo de las leyes formuladas.

El mismo autor, partidario de la integración de ambos paradigmas, advierte de algunos riesgos:

- Riesgo de esterilidad por perfeccionismo. Es irrealizable tener en cuenta al mismo tiempo un gran número de variables.
- Riesgo de rechazar todo tipo de cuantificación, de evaluación rigurosa, de la severa disciplina investigadora. Claramente, no por integrar lo cualitativo, se reducirá el control científico.
- Riesgo de querer atribuir un papel crucial a lo irracional dentro de la investigación científica.

#### 1.4.- La gran estrategia descriptiva-correlacional experimental.

Una de las realizaciones más interesantes de integración de métodos cuantitativos y cualitativos en educación, en investigación psico-social, es la gran estrategia descriptiva-correlacional-experimental. (Gage 1978, Schwab 1978, Shulman 1986). Este completo y largo proceso de in-



vestigación se inicia por la descripción cualitativa de un pequeño número de casos, seguido de la identificación de variables y constructos, hasta encontrar las relaciones existentes entre aquellas. Gage (1986) afirma que el ciclo descriptivo-correlacional-experimental puede ser la base de una nueva era de colaboración entre los investigadores del proceso-producto y los del programa etnográfico-sociolingüístico.

Aun cuando queda abierto el campo de la metodología, quiero cerrar, -que es abrir-, con la expresión de Cronbach, L. J.: (1975)"... las dos disciplinas científicas, el control experimental y la correlación sistemática, responden a preguntas formales planteadas de antemano. La observación local intensiva va más allá de la disciplina hacia una apreciación atenta y desprejuiciada de las sorpresas que la naturaleza deposita en la red de las investigaciones. Este tipo de interpretación es más histórica que científica". (15)

Nuestro trabajo se mueve dentro del enfoque psicosocial, cuantificado y cualificado, aplicando, cuando procede, aspectos iluminativos del llamado ciclo descriptivo-correlacional-experimental.

En nuestro caso y situación personal, puede afirmarse que el investigador es un observador participante, implicado en la problemática de las personas estudiadas: drogadictos y padres. Se ha intentado objetivar la situación y establecer la distancia necesaria para realizar una investigación científica, eliminando, en lo posible, el subjetivismo emocional.

## 2.- Metodología aplicada al estudio de la toxicomanía en Almería.

El estudio sociológico sobre rehabilitación de los drogodependientes en España, realizado por el Instituto de Sociología Aplicada de Madrid, publicado en 1.987 con el título "El desenganche de la droga", presenta unos resultados y conclusiones sugerentes sobre este problema a nivel estatal. (16)

Nuestra participación personal en el equipo técnico que realizó dicho estudio, nos ha impulsado a completarlo a nivel de la Ciudad de Almería utilizando la misma metodología e instrumentos, de modo que sean comparables entre sí los resultados, si bien añadiendo, por nuestra parte, una mayor profundidad en el acercamiento a sujetos e instituciones.

### 2.1.- Objetivos.

El objetivo principal de estudio empírico consiste en averiguar las posibilidades de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los toxicómanos almerienses.

Los objetivos específicos son:

- 1º Estudiar las actitudes y motivaciones del toxicómano almeriense ante la droga y ante la posibilidad y deseo de recuperación.
- 2º Estudiar las actitudes de los padres ante la situación de su hijo/a drogadicto/a.
- 3º Estudiar las actitudes de los expertos almerienses sobre las posibilidades psicológicas, educativas y sociales de tratamiento, rehabilitación y reinserción de los drogadictos.

Es obvio, conforme a las teorías y prácticas terapéuticas, que el punto de partida o arranque de un tratamiento es la voluntad de la persona afectada, su reconocimiento de que está enfermo, su deseo de vivir, su intención y expectativa de curarse. Se requiere aplicación de tratamientos terapéuticos adecuados. Para la eficacia de éstos es necesario readaptar el entorno familiar y social, ya que la repetición de conductas aprendidas frente al hecho de la drogadicción obstaculizan, estorban la recuperación.

## 2.2.- Variables

Ante la imposibilidad de controlar todas las variables intervinientes en la conducta humana individual y social, hemos limitado las variables a las que, según estudios anteriores y a la propia observación y experiencia, inciden más notablemente en el hecho de la toxicomanía y en la terapia de su rehabilitación - reinserción.

### 2.2.1. Variables referentes al sujeto toxicómano que aquí estudiamos.

- Sexo (1)
- Edad (2)
- Estado Civil (3)
- Situación Laboral (4)
- Convivencia (5)
- Nivel de estudios (6)
- Clase social (7)
- Consumo de drogas ( 9 y 10)
- Motivaciones: (11 y 18)
- Deseo de rehabilitación y tratamiento (12)
- Experiencias ante los tratamientos (13,15 y 16)
- Actitudes ante la rehabilitación y tratamiento. (14,17,19)
- Consideración social ( 8 y 14)
- Situación: en prisión o libertad, dato recogido sólo en entrevista.

### 2.2.2.- Variables respecto a los padres de los toxicómanos.

- Sexo (1)
- Edad (2)
- Nivel de estudios (3)
- Categoría socioprofesional (4)
- Clase social (5)
- Número de Hijos (6)
- Número de hijos jóvenes (7)
- Relaciones educativas con sus hijos: autoritarismo, tolerancia, frecuencia de trato, confianza mutua, finalidad, conocimiento de los grupos de amistad de sus hijos ( 8 a 14).

- Motivaciones del consumo de droga de sus hijos (15)
- Actitudes ante la rehabilitación y tratamiento (16 y 17)
- Aceptación del hijo toxicómano (18)

### 2.2.3.- Variables respecto a los expertos.

- Sexo (1)
- Edad (2)
- Profesión (3)
- Experiencia con toxicómanos (4 y 5)
- Actitudes ante la rehabilitación y tratamiento (7 a 12)
- Motivaciones de la toxicomanía (14)
- Aceptación social. (13)

### 2.3.- La Muestra

Dada la dificultad de identificar la población drogodependiente, por el consumo de drogas llamadas "ilegales", es imposible aplicar criterios estadísticos para realizar una selección aleatoria. El estigma de "drogadicto" provoca un ocultismo generalizado.

Por otro lado, el objetivo pretendido se puede alcanzar con estudios cualitativos sobre situaciones personales que permitan profundizar en las actitudes y motivaciones del toxicómano, de la familia y de la sociedad representada por los expertos.

Debido a ello, se ha realizado un estudio con una muestra intencional a la que teníamos acceso por razón de nuestro trabajo: se trata de personas con elevado grado de dependencia de la droga, incluso encarcelados por delitos cometidos a impulsos de la necesidad de administrarse su dosis. No es una muestra "representativa" de la población drogadicta. Sin embargo, supone la muestra más necesitada de atención social, tratamiento y reinserción. En este sentido, es interesante complementar el estudio sociológico sobre rehabilitación de los drogodependientes en general, con este específico sobre la población drogadicta almeriense.

Dentro de esta población concreta, el estudio se ha realizado con los sujetos drogadictos que voluntariamente han decidido colaborar. Igualmente se ha entrevistado a

padres de drogadictos que han aceptado espontáneamente su colaboración. El acceso y diálogo con ellos ha sido promovido en mi calidad de psicólogo clínico. Múltiples han sido las dificultades que ofrecían resistencia a mis intentos investigadores sobre este tema tabú.

El número de personas estudiadas está constituido así:

Toxicómanos .....	54
Padres .....	30
Expertos .....	37
Directores de Centros de Tratamiento .....	2

T O T A L   P e r s o n a s   . . . . . 123

El ámbito territorial del estudio está circunscrito exclusivamente a la Ciudad de Almería, por lo que se puede considerar una muestra suficientemente representativa.

#### 2.4.- Instrumentos y aplicación.

Los cuestionarios utilizados, sobre el tema de investigación, han sido elaborados por el Instituto de Sociología Aplicada de Madrid para un estudio experimental sobre drogadicción, en el que colaboré personalmente.

La aplicación a los expertos se realizó por Correo. De los 120 Cuestionarios enviados a profesionales que ejercen en Almería Capital, se recibieron cumplimentados 37.

El Cuestionario para Directores de Instituciones de Tratamiento de Toxicómanos se aplicó personalmente por el investigador a los Directores de los dos Centros, únicos existentes en Almería.

La aplicación de los Cuestionarios a los drogodependientes se hizo mediante una entrevista personal con el investigador.

Igualmente se realizó la Entrevista-Cuestionario a los padres de los drogadictos: padre, madre o ambos, cuando quisieron colaborar voluntariamente.

Los cuatro Cuestionarios se adjuntan en el Apéndice.

## 2.5.- Tratamiento Informático.

Ha sido realizado por el Equipo de Planificación de la Caja de Ahorros de Almería.

D. José Navarro Sánchez  
D. Cesar Navarro Vázquez  
D. Juan Jesús Cuenca Vergel  
Da. Dolores Alcaraz Papis

Diseño y gráficos: D. Antonio López: Torrero

La fecha de recogida de datos contenidos en los Cuestionarios se centra, casi por completo, en el año 1.988.

### 3.- Fuentes documentales

Además de la amplia bibliografía consultada, deseo hacer aquí referencia singular a los documentos más vinculados con el objeto de la investigación: la toxicomanía y su tratamiento en Almería. A este respecto considero importantes las obras que a continuación voy a detallar y comentar:

#### 3.1.- Instituto de Sociología Aplicada de Madrid (1987) "EL DESENGANCHE DE LA DROGA". (16)

El *Desenganche de la Droga* será siempre la obra base capital publicada bajo la dirección del Catedrático Vázquez, J.M. por el Instituto de Sociología Aplicada de Madrid. En la cual he sido colaborador técnico como estu-  
dioso en la provincia de Almería y coordinador técnico regional en Andalucía.

#### 3.2.- Junta de Andalucía. Comisionado para la Droga. (17)

Entre las publicaciones que van reseñadas en la bibliografía general, subrayo como las más relevantes:

- Cuadernos de orientación para psicólogos (1987) Procesos psicológicos relacionados con el consumo de drogas. Complicaciones psicopatológicas. Abordaje psicológico del drogodependiente. El papel del psicólogo escolar en la prevención del consumo de drogas. La intervención psicológica en el ámbito laboral.
- Los andaluces ante las drogas (1988). Objetivos y metodología. Motivaciones y actitudes ante el consumo de drogas. Expectativas ante el consumo de drogas.
- Plan Andaluz sobre Drogas (1990). Informe de situación 1.986-1989. Situación actual del consumo de drogas en Andalucía. Impresiones de la población andaluza sobre el problema de las drogas. Relación de actuaciones: Prevención, Asistencia, Movimiento Asociativo. Investigación. Presupuestos. Campañas de información y publicidad.

- E D I S. Equipo de Investigación (1990). Los andaluces ante las drogas. Consumo. Actitudes. Conocimiento y valoración de las actuaciones ante la droga en Andalucía.
- AA.VV. (1988). Drogas y embarazos. Investigación realizada por el Hospital Materno-Infantil "Carlos Haya" y Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga.

Otras varias publicaciones utilizadas del Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía van incluidas en la bibliografía general: Andalucía, Junta.

### 3.3.- Almería.

#### 3.3.1.- Memorias Anuales 1.988 de Organismos Oficiales y Asociación Nuevo Rumbo.

- Alcohólicos Rehabilitados en Almería. (A.R.A.)
- Asociación "Nuevo Rumbo". Ambulatorio y Comunidad Terapéutica.
- Centro Provincial de Drogodependencias. (C.P.D.)
- Seminario Permanente de Prevención de Drogodependencias. Depende de Educación y Ciencia. Trabaja en coordinación con el C.P.D.
- Delegación Provincial del Servicio de Salud (S.A.S.)
- Gerencia Provincial del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM).
- Fiscalía General de la Audiencia de Almería.
- Prisión "El Acebuche".

#### 3.3.2.- Verdejo Vivas, G.:

Entre las fuentes relevantes documentales destacan las publicaciones del Dr. Verdejo Vivas, almeriense, científico destacado, cuyas veintitrés publicaciones quedan reseñadas en la Bibliografía. Sobresale entre todas: Drogadicción .... una alternativa (1.987). Un desafío a la sociedad: la farmacodependencia. El día 5 de marzo, del citado año, tuvo lugar la presentación de la enunciada monografía, en su segunda edición corregida, mejorada y puesta al día, que consta de 182 apartados, en 381 páginas.



El acto se realizó en el Aula de Cultura de Cajalmería, a las 19,30 horas. Presentador: Marino Alvarez Mínguez. Autor: Dr. Guillermo Verdejo Vivas. Ambos fuimos un tanto extensos en el uso de nuestro cometido. El coloquio rebasó lo normal, ya que a las 23 horas terminó el plazo de respuestas para quienes se interesaban en consultar "su caso particular" acerca de las afirmaciones mantenidas por el autor o presentador, o de situaciones encarnadas en personas concretas. Estos apartados esquematizan la obra: El prólogo, intención, sumario de contenidos y epílogo.

- Prólogo. La farmacodependencia sobre la que se trata en la monografía, al igual que en todas sus obras, no se reduce a fármacos despachados en farmacias con o sin receta médica, sino en un sentido amplio de lo que se denominaba toxicomanía, drogodependencia y que sigue llamándose todavía. Así expresa él la intención prolegomenal:

"España entra, en los lustros finales de nuestro siglo, afligida por una epidemia sin precedentes históricos en cuanto uso y abuso de drogas que crean dependencia a un amplio sector de su juventud. Hace veinte y cinco años, el consumo de drogas ilícitas por los jóvenes era excepcional: hoy ocurre lo contrario, y simultáneamente, los jóvenes abusan del alcohol, y lo mezclan con drogas, lo cual incrementa los riesgos que para su salud y seguridad personal lleva consigo la farmacodependencia.

La comercialización de la subcultura de la droga, utiliza las más sofisticadas técnicas de publicidad y marketing, enviando mensajes constantes a los jóvenes sobre lo inocuo del consumo de drogas, sobre lo gratificante de su empleo, y de lo que ellas suponen en su realización personal, lo cual hace que una amplia mayoría de jóvenes con una vida social intensa entre los de su edad, hayan experimentado, al menos ocasionalmente, las drogas.

La disrupción de la madurez psicológica, las deficiencias en el desarrollo intelectual y físico que tienen lugar en los adolescentes y juveniles que abusan de las drogas, está produciendo un porcentaje creciente de jóvenes "adultos", inmaduros, inmotivados, ineficientes e improductivos. Por el contrario, se incrementa su dependencia de sus sobrecargadas familias, de los empresarios, servicios sociales y

tribunales, con un evidente drenaje en la productividad, economía, centros de formación, educación e industria: todo ello supone un gravísimo costo social y financiero a la nación.

La Monografía atañe a la peste farmacológica, la gran pandemia de nuestros días, de amplísima difusión, gran virulencia, alto contagio, facilísima inoculación, y que a diferencia de las clásicas enfermedades infectocontagiosas, el agente desencadenante es la propia decisión personal del individuo que la padece.

Prevenir, es el imperativo que nos hemos impuesto: es la meta que añoramos para ello se requiere un amplio y profundo conocimiento de todas aquellas incidencias que matizan y condicionan la compleja problemática de la drogadicción. Ellos, mayores y chicos, necesitan "conocer" el problema: qué pueden y deben hacer, ofreciéndoseles sugerencias prácticas basadas en experiencias que se han evidenciado eficaces. Por supuesto, no suponen una panacea, y tampoco -estamos seguros- su filosofía será unánimemente aceptada. Pero todos aquellos que sufran, tanto en el marco familiar, como en el social-comunitario, sin duda pueden encontrar en las páginas de la Monografía, experiencias, hechos, sugerencias, mediante las cuales afrontar la incómoda realidad de la drogadicción juvenil, y también noticias de fracasos.

Para prevenir el abuso de las drogas por los chicos/cas en una sociedad consumista, hedonística, de gran movilidad, se requiere un fuerte esfuerzo comunitario de padres, centros escolares, grupos sociales voluntarios, sectores de negocios y empresariales, así como autoridades cívicas, sociales y legales.

Si por omisión, si por cualquier razón falaz abandonamos a nuestros chicos/cas a una subcultura que refuerza el uso de las drogas, a una filosofía que confunde los justos derechos civiles de los jóvenes con el mal uso de las drogas, de sus legítimas libertades con la autodestrucción psicológica, en el entorno de una cultura que nada aporta a favor de la salud mental y corporal, de la convivencia social y el bienestar público, estaremos por omisión autorizando la pérdida de buena parte de una

generación de jóvenes, cuya recuperación es muy difícil, y cuyo destino, desgraciadamente para toda la sociedad, es la pérdida social y humana de un colectivo tan trascendente como el juvenil".

#### - Sumario de Contenidos

Un desafío a la sociedad: la farmacodependencia.  
Evolución secuencial de la farmacodependencia.  
El drogadicto.  
Los clínicos ante la drogadicción.  
Confiabilidad, legalidad.  
Rehabilitación.  
Terapia con antagonistas de las drogas.  
Comunidades terapéuticas.  
Asistencia a drogadictos.  
¿Legalizar las drogas?.  
Los usuarios de drogas: colectivos particulares.  
Evolución de la cultura de la droga.  
En cualquier hogar.  
Actuar.  
Poner fin a la demanda.  
La investigación.  
La familia, factor fundamental.  
Terapia familiar.  
Estrategias comunitarias.  
Qué podemos hacer  
Asociaciones de familia.  
La marihuana.  
Urgimos.  
La industria farmacéutica y el uso de las drogas psicoactivas.

#### - Epílogo

"Mientras creamos que los padres son para los hijos la mejor defensa contra el uso de las drogas.

Mientras acreditemos el instinto universal de que los padres son la mejor protección para sus hijos, como la más efectiva defensa contra la expansión de la comercialización de la subcultura de la droga.

Mientras creamos en que el más innovativo y efec-

tivo esfuerzo de prevención del abuso de las drogas, es aquel que proporcionan los padres debidamente informados sobre la problemática de la drogadicción.

#### **Demandamos con firmeza**

La más fiable información sobre la epidemia del uso de drogas para menores, adolescentes y juveniles.

La más urgente divulgación de los efectos nocivos de las drogas sobre la salud física y mental de la juventud.

La más rápida, intensiva y especializada contraactuación, ante las fuerzas sociales que preconizan el consumo de drogas u otros intoxicantes, con presunción de indulgencia y para escapar de las incomodidades que la vida lleva consigo.

#### **R E C O R D A M O S**

La UNION DE PADRES es un medio de aceptación general, como el más pronto, más eficaz, menos costoso, más compartido de todas las acciones posibles, para combatir, neutralizar y desterrar la drogadicción.

A ello todos estamos llamados."

#### **3.3.3.- "La voz de Almería." Análisis de contenido.**

Información sobre la droga en Almería publicada en dicho diario durante 1.988

#### **Enero.-**

08/01/88 Pag. 7; Tamaño 1/2 página.

- Un recluso musulmán con residencia en Melilla, no volvió tras un permiso navideño. Traficante de drogas.

09/01/88 Pag. 8; Tamaño 12 módulos.  
- Incautado en Almería el alijo más importante de Andalucía, 525 Kg. de hachís en la playa de Níjar.

13/01/88 Pag. 11; Tamaño 8 módulos.  
- Roban metadona y morfina en una farmacia de Cuevas. (46.000 ptas. de botín).

15/01/88 Pag. 7; Tamaño 4/5 de página.  
- Nueva lancha para la represión del Narcotráfico y contrabando.

16/01/88 Pag. 12; Tamaño 12 módulos.  
- Resumen de actuación del "Plan Sur" antidroga.

17/01/88 Pag. 13; Tamaño 3/5 de página.  
- Campaña de la Junta de Andalucía para prevenir el SIDA entre drogadictos. Es el factor de riesgo más importante de Almería.

19/01/88 Pag. 9; Tamaño 1 página.  
- 800 Kilos de hachís intervenidos en Adra, cuatro detenidos.  
- Estadística: incremento del consumo de cocaína en Almería.

21/01/88 Pag. 7; Tamaño 8 módulos.  
- Detenido traficante de droga marroquí, en el barco "El Melillero"; relación con día 19/01/88.

27/01/88 Pag. 3; Tamaño 1 página.  
- El presidente de la Audiencia Provincial: Aumento en Almería de los delitos de tráfico de hachís.

27/01/88 Pag. 7; Tamaño 1/2 página.  
- Consumo de heroína junto Escuela Náutica.

30/01/88 Pag. 14; Tamaño 6 módulos.  
- Charlas informativas en Albox a jóvenes, sobre el problema de las drogas.

#### Febrero.-

01/02/88 Pag. 3; Tamaño 1 página.  
- Ramón Gómez Lara (Gobernador Civil): La presión policial ha desviado el Narcotráfico.

01/02/88 Pag. 19; Tamaño 10 módulos.  
- En Cuevas del Almanzora, 32 Profesores estudian el problema de las drogas.

02/02/88 Pag. 9; Tamaño 12 módulos.

- Juan Fco. G.R. fallece por sobredosis de heroína.

04/02/88 Pag. 11; Tamaño 6 módulos.

- Juicio contra tres Narcotraficantes.

07/02/88 Pag. 8; Tamaño 2 páginas.

- Resumen de la lucha contra el Narcotráfico en Almería de 1.977 a 1.987.

21/02/88 Pag. 8; Tamaño 1 página.

- Los problemas de droga se dan en barrios periféricos. Los delincuentes actúan preferentemente en el casco antiguo.

26/02/88 Pag. 3; Tamaño 1 página.

- Importante alijo de droga en las playas de "Torregarcía" dos detenidos y un muerto, ahogado.

26/02/88 Pag. 19; Tamaño 6 módulos.

- 185 gramos de cocaína aprehendidos en Berja.

#### Marzo.-

02/03/89 Pag. 17; Tamaño 12 módulos.

- Detenido Fco. Pérez Tolosa en Roquetas de Mar con 2 Kg. de heroína.

08/03/89 Pag. 19; Tamaño 6 módulos.

- En libertad el detenido en presunto alijo de heroína en Roquetas de Mar.

09/03/89 Pag. 12; Tamaño 1/2 página.

- 1.000.000 de ptas, cuesta dejar el mundo de la droga.

15/03/89 Pag. 7; Tamaño 3 módulos.

- Incautan 232 grs. de heroína en el puerto de Almería.

23/03/89 Pag. 9; Tamaño 15 módulos.

- La Armada rastrea la playa de "El Bovar" en busca de droga.

26/03/89 Pag. 3; Tamaño 1 página.

- El negocio de la droga mueve 9 millones diarios en Almería.

Abril.-

06/04/89 Pag. 13; Tamaño 8 módulos.  
- Celebrado en Adra el juicio contra tres detenidos por tráfico de hachís.

16/04/89 Pag. 9; Tamaño 1 página.  
- "Jesús Redentor" readaptando niños difíciles. Delinquentes por la droga.

17/04/89 Pag. 12; Tamaño 1 página.  
- Sor Dolores Baena: luchan contra la droga. Asociación NUEVO RUMBO.

19/04/89 Pag. 14; Tamaño 4 módulos.  
- Detenidas 3 personas que portaban 10 gramos de heroína en Adra.

28/04/89 Pag. 7; Tamaño 1/2 página.  
- 117 personas han iniciado tratamiento en 1.987. "Almería no está muy castigada por la droga". Antonio Falcón.

Mayo.-

10/05/88 Pag. 8; Tamaño 12 módulos.  
- Denuncian la "plantación" de jeringuillas en las playas.

20/05/88 Pag. 14; Tamaño 10 módulos.  
- Aplazado el juicio con cinco traficantes, (no compareció uno de los acusados).

20/05/88 Pag. 27; Tamaño 4 módulos.  
- Detenidas dos personas por tráfico de droga y contrabando, A.M.C. de 38 años y M.L.A.L. de 25 años, con 170 gramos de cocaína.

25/05/88 Pag. 3; Tamaño 1 página.  
- El subcomisario de policía, José Fco. Martínez Sánchez, afirma que fue víctima de una trampa. El 27/02/85 detenido por tráfico de estupefacientes.

26/05/88 Pag. 8 y 9.  
- Continúa el juicio contra el subcomisario José Fco. Martínez Sánchez.

27/05/88 Pag. 28; Tamaño 1 página.  
- Continúa el juicio contra el subcomisario, el

fiscal rebaja la petición de condena de 6 a 4 años.

28/05/88 Pag. 7; Tamaño 1 página.

- Visto para sentencia el juicio del subcomisario.

#### Junio.-

04/06/88 Pag. 7; Tamaño 1 página.

- Condenan a 30 meses de cárcel al subcomisario José Fco. Martínez.

16/06/88 Pag. 7; Tamaño 1 página.

- La brigada de limpieza recoge en la playa de Almería más de 100 jeringuillas.

17/06/88 Pag. 7; Tamaño 1 página.

- El Ayuntamiento intensifica el control de drogadictos en la playa.

19/06/88 Pag. 8 y 9.

- Ramón Fernández, secretario de la comisión provincial del SIDA: "La presencia de jeringuillas en la playa es un problema de orden público".

24/06/88 Pag. 27; Tamaño 4 módulos.

- Aparecen jeringuillas y tubos de ensayo ensangrentados en El Paseo. Los vecinos se quejan.

25/06/88 Pag. 8; Tamaño 12 módulos.

- El jueves se juzga al asesino de "Fitipaldi". (En una discusión relacionada con dinero y drogas).

25/06/88 Pag. 31; Tamaño 12 módulos.

- En los últimos 10 días detenidas 37 personas por delitos de robo y tráfico de droga.

#### Julio.-

07/07/88 Pag. 40; Tamaño 12 módulos.

- 56 personas detenidas en Almería por robos y tráfico de drogas.

12/07/88 Pag. 41; Tamaño 5 módulos.

- Detenida una persona por tráfico de drogas en el tren TALGO, Madrid-Almería.

14/07/88 Pag. 12; Tamaño 10 módulos.

- Detenidos 8 marineros que intentaban introducir



hachís, sólo se reunió 1 Kilo, el resto 500 Kg, tirado al mar.

15/07/88 Pag. 9; Tamaño 24 módulos.  
- Atraco frustrado a una farmacia para conseguir barbitúricos sin receta.

27/07/88 Pag. 37; Tamaño 6 módulos.  
- En la línea Almería-Melilla detenido un súbdito marroquí con 80 Kg. de hachís.

30/07/88 Pag. 8; Tamaño 20 módulos.  
- Continúa en prisión Antonio Rico Ribero, atracador de una farmacia en Pescadería.

#### Agosto.-

06/08/88 Pag. 3; Tamaño 1 página.  
- La pureza de la heroína ha elevado la mortalidad entre los drogadictos. En Almería no ha habido muertos por esta causa. Próxima comercialización de Naltrexona: elimina los efectos y no crea dependencia.

09/08/88 Pag. 7; Tamaño 8 módulos.  
- Detenidos 4 traficantes en Rodalquilar con 400 Kilos de "hachís".

16/08/88 Pag. 4; Tamaño 1 página.  
- Se duplican los detenidos por tráfico de drogas: en 8 meses: 1.674 Kg de hachís, 15 de heroína, 33 de cocaína y 68 detenidos.

16/08/88 Pag. 4; Tamaño 1 página.  
- Cuadro resumen de lo anterior, datos desde 1.982 a 1.987.

21/08/88 Pag. 10 y 11; Tamaño 30 módulos.  
- Prostitutas: nuestro chulo es la heroína.

21/08/88 Pag. 17; Tamaño 1/2 página.  
- Aprehendidos 27 Kg. de hachís en Balerna.

27/08/88 Pag. 35; Tamaño 12 módulos.  
- Incautados 230 Kilos de hachís en Garrucha. Detenidos C.A.A. de 38 años, C.C.I. de 34 años, P.J.M. de 31 años.

30/08/88 Pag. 11; Tamaño 1 página.  
- 748 Kilos de hachís incautados en Almería durante el mes de Agosto. Ayer, 29/08/88 incautados 60 Kg. en el barco "El Melillero" en el interior

de un coche. Detenidos dos holandeses.

Septiembre.-

04/09/88 Pag. 9; Tamaño 10 módulos.

- Incautados 30 Kg. de hachís en "El Melillero", detenidos dos italianos, S.S. y R.P. de 26 y 30 años respectivamente y una francesa B.C.P.M. de 22 años.

08/09/88 Pag. 7; Tamaño 8 módulos.

- Con 130 detenciones incautados en Almería más de 2.500 Kg de droga en lo que va de año.

14/09/88 Pag. 15; Tamaño 8 módulos

- Detenidos Mohand Mammud Mohand con 26 Kg. de hachís en el túnel del Bayyana.

18/09/88 Pag. 14; Tamaño 1/2 página.

- Seis detenidos en una operación antidroga: intervenidos: 158 gr. de hachís, 3 de cocaína, 4 automóviles.

23/09/88 Pag. 16; Tamaño 1/2 página.

- 650 Kg. de hachís en Vigar. Detenidos: José Manuel Martínez "El Torero" de 33 años y Fco. Rodríguez "El Mantecas" de 44 años.

23/09/88 Pag. 25; Tamaño 4 módulos.

- F.C.B. en estado grave por sobredosis de droga.

Octubre.-

04/10/89 Pag. 7; Tamaño 3/4 de página.

- Aplazado el juicio de los 11 traficantes, 1.800 Kg. de hachís, hechos ocurridos el 09/04/87.

- Cuatro detenidos en Gergal al vender heroína.

7/06/10/89 Pag. 18; Tamaño 4 módulos.

- Juan C.R. detenido en Roquetas con 10 gr. de heroína.

07/10/88 Pag. 14; Tamaño 4 módulos.

- Vicente V.P. detenido con 80 gr. de resina de hachís.

12/10/89 Pag. 26; Tamaño 6 módulos.

- Detenidas 4 personas con 65 Kg. de hachís en Chirivel.

14/10/88 Pag. 13; Tamaño 9 módulos.  
- Reanudada la causa de 800 Kg. de hachís. Ver día 04/10/89.

21/10/89 Pag. 3; Tamaño 1 página.  
- En la Aduana de Almería aumento el 30% de aprehensión de alijos. Total del año, hasta ahora, 177 Kg.

21/10/88 Pag. 16; Tamaño 14 módulos.  
- Fco. Rodríguez Antequera en libertad provisional. (Ver día 23/09/88).

23/10/89 Pag. 5; Tamaño 3/4 módulos.  
- Detenido en Cabo de Gata un marroquí con 500 Kg. de hachís.

28/10/88 Pag. 28; Tamaño 5 módulos.  
- 36 Kg. de hachís incautados en Punta Entinas.

#### Noviembre.-

25/11/88 Pag. 11; Tamaño 3/4 de página.  
- José A.C.F. heroinómano de Almería estuvo en NARCONON sin lograr resultados.

#### Diciembre.-

07/12/88 Pag. 7; Tamaño 1/2 página.  
- Una tonelada de hachís en Bayyana: tres detenidos: Miguel Uclés Alonso, Juan B.M., Guillermo García.

15/12/88 Pag. 18; Tamaño 12 módulos.  
- Almería fuera del convenio Junta - Cruz Roja para tratamiento de toxicómanos.

24/12/88 Pag. 15; Tamaño 5 módulos.  
- Incautadas 800 dosis de cocaína en Aguadulce mediante registros domiciliarios: Carlos G.G. Francisco A.A.

24/12/88 Pag. 19; Tamaño 5 módulos.  
- Ingresó en un centro de toxicómanos, Fco. Manuel V.I., presunto atracador que huyó de la policía tras intentar atracar un Banco en Roquetas.

N.B: Una Página del periódico tiene 40 módulos.

### Síntesis de los temas tratados:

La prensa almeriense. De entre los tres diarios, "La Crónica", "Ideal" -que se edita en Granada con especial tirada para Almería- y "La Voz de Almería", se han recopilado todas las informaciones relacionadas con la droga en este diario, durante el año 1.988, por ser el periódico de más información publicada sobre este tema. (22)

Las 78 informaciones de este periódico pueden agruparse en los siguientes apartados:

* Actuaciones policiales .....	37
* Actuaciones judiciales .....	12
* Actuaciones sociales (manifestaciones, planes especiales, cursillos) .....	8
* Tratamiento y rehabilitación .....	7
* Delincuencia relacionada con droga ..	4
* Consumo de droga .....	4
* Efectos negativos (muerte, SIDA) ....	3
* Actuaciones carcelarias .....	2
* Economía y droga .....	1
<b>T O T A L . . . . .</b>	<b>78</b>

# NOTAS

- (1) Zubiri, X.: (1970) Cinco lecciones de filosofía. Ed. Moneda y Crédito. Madrid (2ª Edic.).
- (2) Kunhn (1961). "The fuction of measuramente in modern Phisical sciencie. Ed. Isis Pag. 52. Citado por Chalmers A.F.O.C. Pag. 6.
- (3) Feyarabend (1975)
- (4) Bunge, M.: (1980) Epistemología. Ed. Ariel. Barcelona.
- (5) Pérez Gómez, (1978)a. Las fronteras de la educación. Ed. Zero-ZYX. Madrid (pag. 20).
- (6) Wright, G.H. (1971) "Explanation and Understanding".
- (7) Claparède, E.: (1952) "psychologie de l'enfant et pedagogie experimentale".- Ed. Delachaux et Niestlé. Neuchâtel (10ª ed.) (pag. 202-206).
- (8) Pérez Gómez, A. (1978)a. Las fronteras de la educación.- Ed. Cero-ZYX. Madrid. Pág. 38.
- (9) Elliot, J. (1.978), "Class room research: ¿Science or commonsense?". En Mc. Alesse, R. y Hamilton, D. (Rd.). Understanding classroom life. Befer. Windsor. (Pág. 12-27).
- (10) Douglas, J. (1979): "Understanding Everyday Life".- Aldine. Chicago. (citado por Filstead, 1986, O.C. pág. 63).
- (11) Cook, T.D. y Reichard, Ch. S.: (1982), "Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research". Sag Pub. (traduc. Morata. Madrid. 1986).
- (12) Campbell, D.: (1974) "Qualitative Knowing in action research". En Journal of Social Issues. American Psychological Association. Nueva Orleans. (Citado en Cook y Reichadt, pag. 20).
- (13) Campbell, D. y Stanley, J.: (1966) "Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social".- Citado por Alvarez Méndez, O.C. P. 20.
- (14) Bellack, A.: (1981), "Contrasting approches to research on Teaching", en Teaching and learning. Praeger. Nueva York.
- (15) Cronbach, L.J.: (1975), "Beyond the two disciplines of

- scientific psychology". En. Americ. Psychologist. 30. 116-127. "PAPELES del colegio de Psicólogos". (1986. Vol IV, Nº 26, pag. 58). En este Nº de la Rev. se incluye un estudio sobre biografía, bibliografía y teorías, con método bibliométrico.
- (16) Vázquez, J.M.: (1987) "El desenganche de la droga". Instituto de Sociología Aplicada de Madrid. Ed. UNAT (Union Española de Asociaciones de Asistencia Toxicomanos).
- (17) Junta de Andalucía. El apartado 2-Bibliografía, está dedicado a las principales publicaciones sobre la droga en la Autonomía Andaluza, incluidas las que aquí se citan.



III.- ASI ES ALMERIA





### III.- ASI ES ALMERIA

- 1.- Economía y factores generales.
- 2.- Enseñanza.
- 3.- Salud y enfermedad.
- 4.- Religiosidad Católica almeriense: datos sociológicos.
- 5.- Patología social.
  - 5.1.- El cuarto mundo almeriense: marginación social.
  - 5.2.- Inmigrantes.



## 1.- Economía y factores generales.

### 1.1.- Aspectos Físicos y Geográficos.

La provincia de Almería cuenta con una extensión de 8.774 Km.<sup>2</sup>, lo que supone el 1,73% del territorio español y el 10,06% de la superficie de Andalucía. Este espacio físico está acotado entre los 37° 52' y 36° 40' latitud norte, en tanto que su longitud tiene su extremo oriental en 1° 37' y su extremo occidental en 3° 07' (Ccn respecto al meridiano de Greenwich). Forma parte de Andalucía Oriental y constituye con las provincias de Granada y de Málaga la denominada región de la "Andalucía Mediterránea".

Su perímetro costero mide 219 Km., en tanto que el terrestre tiene una longitud de 313 Km.

El territorio presenta un relieve en conjunto fuertemente compartimentado, debido a que alterna alineaciones montañosas, depresiones, llanuras y valles que actuando de pasillos naturales conectan el interior continental, la Cuenca del Guadalquivir y el Mediterráneo. El 39% de su territorio está comprendido entre los 600 y 1.000 m. de altitud y una superficie algo inferior (31%) su altitud está por encima de los 1.000 metros. (Cuadro 1.1; pag. 77)

La situación geográfica de la provincia de Almería dentro del contexto peninsular, la ubicación de la capital en el extremo provincial más alejado del centro de la Península, así como la tipología de su relieve, son los elementos naturales que, como después veremos, han de tener una importancia de consideración en la vertebración e infraestructura de las distintas redes viarias terrestres.

### 1.2.- Aspectos climatológicos.

Almería está situada dentro de un área con una personalidad geográfica muy singular - Sureste de la península- y cuyo rasgo más característico es precisamente la aridez. La acusada indigencia de precipitaciones anuales hacen de la provincia de Almería, la más árida y seca de las provincias mediterráneas, de tal manera que las condiciones de sequedad que se producen en el litoral y prácticamente en toda la mitad oriental de la provincia, son comparables a las que caracterizan a zonas de África Norte y próximo Oriente.

La escasez de precipitaciones viene agravada por la

irregularidad anual y estacional de las mismas, por su carácter torrencial y por la intensidad de la evaporación, ostentando, con respecto a este último rasgo, uno de los índices más elevados de la Península. En definitiva, estamos en presencia de la provincia más pobre en lluvias de toda la Península; su precipitación media anual está en torno a los 355 mm. y con un límite medio bajo alrededor de los 200 mm.. Tanto la vegetación como el paisaje tienen un sello acentuadamente mediterráneo, que nos asemeja al Norte de Africa.

En cuanto a su climatología, lo accidentado de su relieve crea una diversidad de gamas climáticas; desde el clima templado cálido, con ausencia de invierno, de las costas y depresiones de los ríos -Andarax, Almanzora, Adra-, el templado frío, con varios meses por debajo de los 6 grados centígrados de temperatura media, al clima propio de las grandes alturas, con presencia de nieves en los meses fríos desde octubre hasta abril. La temperatura media anual muestra valores uniformes y altos en el litoral, baja Alpujarra, cuencas bajas de los ríos Almanzora y Andarax, oscilando entre 17 y 21 grados centígrados. Esta media disminuye lenta pero paulatinamente según remontamos los valles de los ríos, al aumentar la altitud y continentalidad, alcanzándose 11,5 y 12,5 grados centígrados en los núcleos poblacionales de Bacares y Topares, respectivamente.

En este brevísimo resumen, se podría completar el panorama de la dinámica del clima almeriense, haciendo referencia al intervalo de tiempo durante el cual el sol ha brillado en el cielo. La provincia almeriense se encuentra entre las superficies más soleadas de Europa, con una insolación que está en torno a las 3000 horas de sol al año.

Climatología y relieve son otros dos condicionantes naturales a considerar, a la hora de entrar en el análisis de la evolución y situación de los sectores agrario y turístico en la provincia.

### 1.3.- Aspectos demográficos.

Los últimos datos disponibles de la población de la provincia almeriense están referidos al 01/01/1989 y dan una cifra de 461.237 habitantes, resultado de las modificaciones anuales introducidas a la posición obtenida del último censo realizado en 1.981. La densidad media era de 51,7 Hab/Km<sup>2</sup>, que está muy por debajo de los ratios que se obtienen para Andalucía y España y que son de 78,4 y 76,2 hab/Km<sup>2</sup> respectivamente. (cuadro 3.1; pág.77)

Tal y como puede apreciarse en el cuadro 3.1, la población de la provincia de Almería, con la excepción de la pronunciada cresta que presenta el año 1.910, permanece prácticamente estable y hasta 1.960 no alcanza los niveles que ya registraba al comienzo del siglo. Es a partir de los años 60 cuando los registros de la población experimentan crecimientos paulatinos y progresivos, proceso que alcanza su máxima aceleración en el período 1981/1986.

Buscando comportamientos extremos, vemos que en 70 años (desde 1.900 a 1.970) la población de Almería aumenta sólo en unas 16.000 personas y en 16 años (desde 1.970 a 1.986) lo hace en 73.600.

La explicación del estancamiento que puede detectarse en los totales censales de la población, sobre todo hasta finales de la década de los 60, hay que buscarla en la tradicional emigración de la población almeriense hacia áreas económicas de creciente expansión, tanto nacionales como internacionales (léase, Vascongadas, Cataluña, Francia, Alemania, etc...)

La tendencia del crecimiento iniciada en los años 70, marca la suavización de la corriente emigratoria propiciada por el crecimiento económico que viene experimentando la provincia, apoyado inicialmente en el dinamismo de los sectores agrícola y minero, así como por la expansión del sector de los servicios. Situación que tendremos oportunidad de conocer con mayor detalle, y avalada por los indicadores numéricos correspondientes, cuando se trate el comportamiento de los distintos sectores productivos en Almería.

Acotando el análisis a los períodos intercensales comprendidos entre 1.950 y 1.981 y tomando como base los tres conceptos de crecimiento: vegetativo, migratorio y real, y que como suma algebraica determinan el montante poblacional, el cuadro nº 3.2. nos posibilita entrar en un análisis temporal y/o comparativo con lo sucedido en el entorno regional. A grandes rasgos se aprecia cómo en el período 1.951/1.960, Almería presenta el crecimiento vegetativo más alto de todas las provincias andaluzas y una variación migratoria negativa que sólo es superada por las que registran las provincias de Jaén (-2,03) y Granada (-1,84). En el siguiente período 1.961/1.970, el índice de crecimiento vegetativo es similar al registrado por la media de Andalucía, la variación migratoria sigue siendo negativa si bien ya queda por debajo de la media regional y el ratio de crecimiento real tiene signo positivo. Para el último intervalo representado 1.970/1.981, los índices resultantes para los tres conceptos que venimos comentando, dan para Almería unos factores muy similares a los que se obtienen como media para el conjunto de las provincias

andaluzas.

La polarización espacial de la población, atiende en líneas generales al despegue de la agricultura intensiva en el Campo de Dalías y posteriormente del turismo en ésta y otras comarcas costeras. Esto ha favorecido un modelo de asentamiento territorial desequilibrado, que tiende a la concentración de la población y de la riqueza en las comarcas del litoral almeriense, en contraste con el estancamiento o el retroceso de las comarcas del interior. Parte de este desequilibrio territorial queda evidenciado en la forma que toman las dos pirámides de población que reflejan la situación a 1.980, del colectivo demográfico de las áreas rurales de agricultura tradicional y la relativa a las áreas rurales de agricultura intensiva (gráficos 3.1. y 3.2.; pág. 79). Los gráficos por sí solos pueden ser base suficiente para realizar diversas lecturas. Probablemente una de las más evidentes es la de una población envejecida y con un futuro demográfico poco esperanzador, ya que la ausencia de población joven cierra la posibilidad de recuperación del espacio demográfico que va dejando una acelerada mortalidad senil, frente a un colectivo de cuya capacidad biológica cabe presumir una alta tasa de nupcialidad y natalidad, arropado además por unas mejores infraestructuras sanitarias y asistenciales.

#### 1.4.- Comunicaciones e infraestructura hidráulica y energética.

En este apartado se intenta hacer una síntesis de los rasgos fundamentales de la infraestructura de la provincia con mayor repercusión en la actividad económica de la misma: sistema de comunicaciones e infraestructuras hidráulica y energética.

##### 1.4.1. Sistema de Comunicaciones

La desarticulación del sistema de comunicaciones es una característica más, que define el modelo territorial almeriense, y actúa como condicionante en el desarrollo económico provincial a la vez que ejerce como factor limitativo en la integración entre las distintas comarcas que lo componen.

A ello ha contribuido en buena medida, como ya hemos apuntado con anterioridad, la situación periférica de la provincia, su relieve montañoso, algunos otros factores de

carácter físico y a los que sin duda hay que sumar factores políticos, sociales y económicos que, a lo largo del tiempo, la han ido marginando de las grandes inversiones que en materia viaria se han venido ejecutando.

#### 1.4.1.1.- Carreteras.

De acuerdo con los datos del Anuario Estadístico de Andalucía del año 1.987, la longitud del total de la red provincial es de 2.409 Kms., lo que representa el 10,2% de la red andaluza. La distribución de la red provincial en función de los organismos de la que son competencia es la siguiente: 12% pertenece a la Administración Central, 31,2% a la Comunidad Andaluza y el restante 56,8% está bajo la responsabilidad de la Diputación Provincial de Almería.

El principal eje de comunicación de la provincia es la carretera nacional 340. Si nos ubicamos en la capital, este eje sirve de enlace, por occidente, con los municipios costeros de la provincia así como con los que pertenecen a otras provincias andaluzas que se asoman a la costa; en sentido oriental, nos pone en comunicación con el levante español, en cuya dirección parte la casi totalidad del tráfico pesado que da salida a la producción agrícola con destino a los mercados nacionales y sobre todo a los centros de consumo europeos.

#### 1.4.1.2.- Ferrocarril

Almería cuenta con una única línea férrea que une la capital con Guadix, Moreda y Linares. Fue construida a finales del siglo XIX y como tal respondía a las necesidades de la población y de la economía de su tiempo.

Su trazado discurre por la vertiente norte de Sierra Nevada y posee estaciones en prácticamente todos los núcleos de poblaciones que atraviesa hasta Almería; núcleos escasamente poblados y demográficamente regresivos al igual que la economía que los sustenta.

Además de como medio de transporte de mercancías y de viajeros, se utiliza para el transporte del mineral de hierro desde las minas de Alquife (Granada) hasta el puerto de Almería. La longitud de esta vía en su tramo provincial es de 69 Kms.. Existe, además, un tendido ferroviario que une Granada con el levante y que atraviesa la Comarca del Río Almanzora, en el norte de la provincia. Este eje se



encuentra fuera de servicio desde finales de 1.984, ya que RENFE lo catalogó como excesivamente deficitario.

Esta situación de marginalidad, se ve agudizada porque hasta el momento, Almería no aparece en los recientes planes nacionales de desarrollo del ferrocarril (alta velocidad, ancho europeo).

#### 1.4.1.3.- Puertos

Desde un punto de vista comercial centramos la atención en:

- a) El puerto de Almería que se encuentra situado en el fondo de la Bahía de Almería, dista 110 Kms. del puerto de Motril y 225 del de Cartagena. Su ámbito de influencia, además de la provincia, abarca zonas de las provincias de Granada y Jaén. Sus instalaciones principales se establecen en una antedársena, donde se ubican dos embarcaderos de mineral en régimen de concesión, así como en una dársena comercial y otra pesquera. Probablemente su principal problema radique en la falta de conexión con otros medios de comunicación.
- b) El puerto de Carboneras, ejemplo de puerto especializado, es de uso particular y está dedicado fundamentalmente al tráfico de graneles sólidos (cemento y carbón). Está constituido por dos enclaves: puerto de Hornos Ibéricos y puerto de Pucarsa.

#### 1.4.1.4.- Aeropuerto

El aeropuerto nacional de Almería, está situado a unos 8 Kilómetros de la ciudad. Su apertura tuvo lugar en 1.968 y no cabe duda de que supuso un paso importante en la integración del espacio almeriense en el contexto nacional e internacional y, de alguna manera, venía a aliviar el histórico aislamiento que la geografía y la administración habían proporcionado a Almería.

La estructura del tráfico aéreo de este aeropuerto descansa fundamentalmente en dos tipos de flujos: de un lado el tráfico nacional regular (vuelos diarios con Madrid y Barcelona) y de otro, el tráfico internacional no regular o "charter", a través del que se canaliza la casi totalidad

del "turismo organizado" que desde el extranjero llega a nuestra provincia.

#### 1.4.2. Infraestructura Hidráulica y Energética

##### 1.4.2.1. Infraestructura Hidráulica.

El agua suele ser uno de los elementos naturales que más condiciona cualquier tipo de desarrollo económico. La escasez crónica que de este elemento padece la provincia de Almería, justifica el que se afirme que el agua es el principal elemento limitativo del modelo económico almeriense en dos de sus principales pilares básicos: agricultura y turismo.

La problemática del agua en Almería podría resumirse en:

- a) Las lluvias son escasas, torrenciales y además concentradas en el tiempo.
- b) la falta de vegetación convierte a su vez al agua en un poderoso factor de erosión de los terrenos, lo que contribuye negativamente a la alimentación de los acuíferos.

Especialistas en el tema suelen hacer la siguiente clasificación de las cuencas hidrográficas de la provincia:

- a) Como cuencas mayores: las de los ríos Andarax, Almanzora y Adra. En la primera y segunda se encuentran ubicados, respectivamente, los pantanos de Benínar y Cuevas.
- b) Como cuencas menores: las de los ríos Aguas, Antas y Rambla de Morales.

Las condiciones litológicas y meteorológicas de la provincia no favorecen precisamente la existencia de cursos de agua superficiales. Sin embargo, es obligado resaltar la inestimable aportación que en las últimas décadas vienen realizando las reservas de aguas subterráneas que, en Almería, son utilizadas probablemente con mayor intensidad que en ningún otro lugar de España, y en cuya búsqueda se vienen consumiendo una buena cantidad de medios y esfuerzos de los almerienses.

Las reservas hídricas subterráneas son alimentadas por el agua infiltrada a través de dos grandes núcleos ca-

lizados de la provincia, que se organizan primordialmente en torno a sendos sistemas: el de Sierra Nevada al Sur, en la Sierra de Gádor y el de Almanzora al Norte, en las Sierras de María y de las Estancias.

#### 1.4.2.2. Infraestructura energética.

Almería se caracteriza por ser una de las pocas provincias andaluzas cuya producción excede con creces a los consumos de energía eléctrica. Concretamente en 1.988, la producción ha doblado el consumo eléctrico provincial, ya que la producción disponible fue de 1.458.475 MWH, mientras que el consumo registrado ascendió a 731.171 MWH.

Esta producción se ha obtenido básicamente de la central perteneciente a la Empresa Nacional de Electricidad y que está ubicada, junto a la costa, en el término municipal de Carboneras. Se trata de la primera central eléctrica andaluza en cuanto a potencia y producción, obteniéndose ésta fundamentalmente mediante la utilización del carbón como materia prima.

#### 1.5.- Sectores de la producción.

La estructura productiva de Almería, se caracteriza por la existencia de un potente sector agrícola, basado fundamentalmente en el desarrollo de una agricultura intensiva, con una aportación al valor añadido bruto (VAB) provincial muy superior al que aporta el sector a la Región y a la Nación, y además por un importante sector de servicios. Acompañando a estos sectores aparece un debilitado sector industrial, que actualmente se concentra en torno a la explotación del mármol, así como de otras industrias (energéticas, químicas y cementeras) algunas de las cuales mantienen una escasa relación con el resto de la economía provincial. Completa el sector secundario, la construcción, que cuenta con una importante implantación provincial, y cuya evolución guarda un determinado paralelismo con el desarrollo turístico. Este último subsector, conjuntamente con la agricultura se han convertido en los auténticos motores del desarrollo de la economía provincial.

Si el modelo económico almeriense aparece concentrado en torno a la agricultura y a los servicios, estas actividades no se distribuyen de manera uniforme en el

territorio provincial, encontrándonos con un modelo territorial desequilibrado que puede calificarse de dual. Dualismo en cuanto a los tipos de agricultura existentes, ya que mientras la agricultura intensiva se concentra en el litoral, la extensiva pervive en las zonas del interior; dualismo en el caso del desarrollo turístico (y subsiguiente influencia en los servicios y la construcción), ligado al litoral y con escasa implantación en el interior; y como consecuencia, dualismo en cuanto a la concentración territorial del empleo y de la riqueza.

Para una mejor aproximación a la estructura económica de la provincia, es preciso apoyarse en las cifras que definen los distintos sectores de la actividad económica en dos de sus parámetros fundamentales: producción y población activa. De la comparación de estos valores con las medias resultantes para los ámbitos regional y nacional se podrán obtener conclusiones que nos permitan confirmar y precisar, lo que a manera de rasgos generales se afirma al inicio de este epígrafe.

La evolución de la estructura productiva y de empleos en la provincia de Almería entre los años 1.955 y 1.985, ambos inclusive, así como la relativa a Andalucía y España, se refleja en los diversos cuadros que se van refiriendo a continuación, y que han sido elaborados a partir de la información contenida en la publicación Renta Nacional de España que periódicamente viene editando el Banco de Bilbao.

#### 1.5.1.- El sector primario.

La comparación de las cifras arrojadas por la provincia de Almería con las resultantes para Andalucía y España, pone de manifiesto la importancia de este sector en Almería.

Por lo que respecta al peso específico que el valor añadido bruto, de este sector, tiene sobre el total de la producción, en el cuadro nº 5.1. se recogen los porcentajes para la treintena de años que componen la serie, 1.955-1.985. En 1.955, en la provincia de Almería el sector aporta el 34,5 por ciento de la producción, frente al 29,4 por ciento y 20,5 por ciento que representa dicha cuota para Andalucía y España, respectivamente. (Pág. 79)

Con esos niveles de participación del sector primario en la economía provincial, Almería se hacía merecedora del calificativo de provincia subdesarrollada, dentro de unos entornos regional y nacional, que por sus indicadores,

también encuadraban en la clasificación de espacios geográficos escasamente desarrollados.

En 1.985 la situación es bien distinta. En España, el sector había perdido 14 puntos en el peso de su valor añadido bruto; Andalucía lo había rebajado en casi 16 puntos y para Almería la reducción no llegaba a los 10 puntos. Aunque cuantitativamente la diferencia de la provincia de Almería es la menor de los tres espacios geográficos contemplados, sin embargo, dicho ratio habrá de ser matizado con las variaciones cualitativas que la agricultura intensiva ha ido introduciendo en la composición del valor añadido bruto del sector primario.

Tomando como indicador el número de empleos (cuadro nº 5.2), vemos que en 1.955, en Almería el 57,4 por ciento de los empleos estaban ocupados en el Sector primario. Para Andalucía el índice era del 54,2 por ciento y para España del 44,9%. Treinta años más tarde (1.985), Almería registraba un ratio del 34,5%, mientras que la región y la nación daban unos valores del 21,2 y 16,5 por ciento, respectivamente. (Pág. 80)

#### 1.5.1.1.- La Agricultura

Dentro del sector primario, la agricultura es quien genera casi el 95% de la producción y da ocupación al mismo porcentaje de empleos. Constituye uno de los pilares básicos sobre los que se ha venido fundamentando el modelo económico almeriense, si bien es inevitable tener en consideración la importante transformación interna que ha experimentado la aportación que al VAB hacen las dos agriculturas que persisten en la provincia.

De un lado, tradicionalmente se ha contado con una agricultura típicamente mediterránea, extensiva y mayoritariamente de secano (este último rasgo aquí está extremadamente acentuado), ligada mayoritariamente a los cultivos de cereales, vid y olivo, caracterizándole su explotación artesanal y unos bajos rendimientos. Con el paso de los años, los repetidos fracasos en espera de las lluvias y, lo que sin duda ha sido más decisivo, la elevación de los salarios y el descenso de la presión demográfica, han forzado a un paulatino abandono de las tierras más marginales. No obstante, es una agricultura que sigue subsistiendo en zonas del interior pero cuya aportación a la generación de riqueza y empleo en la provincia es escasa.

De otro lado, está el tipo de agricultura que ha posibilitado el despegue económico de Almería; es la

denominada agricultura del plástico, basada en el cultivo de hortalizas, que precisa de abundante agua, mano de obra de cierta cualificación e importantes inversiones de capital. En este sentido se puede decir que estamos ante una singularidad más de la provincia, ya que tradicionalmente en los esquemas teóricos de estructura económica, al sector agrario se le viene asociando con zonas de bajo nivel de desarrollo y, desde luego, hoy día no parece que sea esa la situación de las comarcas del litoral en las que se ha consolidado este tipo de agricultura.

### Rasgos estructurales de la agricultura almeriense

Según se expone en el Informe Económico de la Provincia de Almería, la última publicación del Censo Agrario de España data de 1.982, y del material de su contenido tomamos los siguientes aspectos: a) distribución de la superficie provincial en función de los tipos de aprovechamiento, b) la distribución de la tierra por tipos de cultivo, c) la distribución de la superficie agrícola utilizada según régimen de tenencia y d) aprovechamiento de las tierras por comarcas y tipos de cultivo. De lo que antecede, y por la brevedad que exige la inclusión del contenido de este capítulo en la presente publicación, aportamos los cuadros que del citado informe se toman, haciendo aquí solamente un reducido comentario de los mismos y dejando abierto el análisis para las posibles lecturas que cada cual pueda hacer a la vista de las cifras que componen los distintos cuadros que se acompañan. (pág. 86 y ss.)

- a) La distribución de la superficie provincial en función de los tipos de aprovechamiento y según el tamaño de las explotaciones, se refleja en el cuadro nº 5.3. La superficie total agraria de Almería es de 786 mil hectáreas, de las cuales, 236 mil hectáreas (30%) son tierras labradas y las restantes 550 mil (70%) son tierras no labradas. Aunque a la vista del tamaño de las explotaciones, pudiera concluirse que estamos ante la imagen tradicional del latifundismo andaluz, sin embargo, si se tiene en cuenta que estas grandes extensiones son superficies no labradas y catalogadas como eriales y atochares, en nuestra opinión cabría el importante matiz de que estamos sólo ante un "latifundio estadístico", ya que en las explotaciones con verdadero valor económico predomina la atomización y la dispersión parcelar.

- b) La distribución de la tierra por tipos de cultivo, así como si éstos lo son en régimen de secano o de regadío, viene recogida en el cuadro nº 5.4. Del conjunto de la superficie labrada, el 81% lo es en secano y el 19% restante son tierras de regadío. De entre los distintos tipos de cultivos predominantes, destacan las herbáceas que ocupan el 62% de las tierras cultivadas.
- c) La distribución de la superficie total y de la superficie agrícola utilizada según régimen de tenencia, se explicita en el cuadro nº 5.5. Cifrándonos a la superficie agrícola utilizada, vemos que el régimen predominante es el de la explotación efectuada por sus propietarios, que contabiliza 37.277 explotaciones y afecta a 179.436 hectáreas, lo que supone el 89 % y el 76 % sobre el número de explotaciones y total de las hectáreas, respectivamente.
- d) El aprovechamiento de las tierras por comarcas queda evidenciado en el cuadro nº 5.6. El Censo Agrario de España clasifica el espacio provincial en ocho comarcas agrícolas, siendo la más extensa de ellas la del Alto Almanzora con 152 mil hectáreas. Atendiendo a la condición de labradas o no de sus tierras, ya vimos que sólo el 30% de la superficie provincial tenía la condición de labrada. Por comarcas, el porcentaje más alto lo registra los Vélez, con un 55% y el más bajo lo ostenta el Alto Andarax con un 12%.
- En cuanto a la extensión de las explotaciones, los Vélez poseen el tamaño medio de explotación mayor (48,7 hectáreas si se consideran todas las tierras y 26,9 hectáreas, si sólo se computan las tierras labradas). En el otro extremo se sitúa el Campo de Dalías, con un tamaño medio de explotación de 6,9 hectáreas y de 1,4 hectáreas, según se trate del total de tierras o solamente de las que tienen la condición de labradas. Nos encontramos ante las dos comarcas que, sin lugar a dudas, son fiel reflejo de lo que tipifica a las agriculturas extensiva e intensiva y que ostentan la primacía en ambos modos de hacer el cultivo de las tierras de la provincia: cultivos extensivos, fundamentalmente cereales (los Vélez) y cultivos intensivos, principalmente hortalizas (Campo de Dalías). Cuadros nº 5.7 y 5.8.

### Los cultivos intensivos

Escribía D. Luis López Bellido, Catedrático de Cultivos Herbáceos y Horticultura de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros Agrónomos de la Universidad de Córdoba, en el prólogo al libro de Nuevas Técnicas de Horticultura de Francisco Palomar Oviedo, que "El desarrollo espectacular de la agricultura del Sureste Español, en los últimos años, y más concretamente en la zona denominada Campo de Dalías, representa uno de los acontecimientos más destacados en la agricultura española del presente siglo. Ha supuesto en un período de años relativamente corto, una transformación radical desde una agricultura arcaica y de subsistencia, propia de un clima árido y suelos pobres, hacia una agricultura de vanguardia".

Ha sido precisamente esa agricultura la que hace que hoy Almería sea la primera provincia hortícola de España y la superficie cubierta por invernaderos esté considerada entre las de mayor importancia del mundo; es la que sin duda ha marcado la pauta del crecimiento económico provincial. Sus rasgos diferenciales más significativos son: es intensiva en capital y empleo (éste ha de tener un determinado grado de cualificación), las explotaciones son de reducidas dimensiones, viene incorporando la más moderna tecnología, es altamente productiva, está gestionada con criterios más empresariales y son los cultivos de hortalizas los que ocupan la supremacía de la producción vegetal. Estos cultivos, al estar orientados hacia un tipo de producción extratemprana, vienen cubriendo una oferta inexistente, durante determinados meses del año, tanto en los mercados nacionales como en los internacionales.

La evolución experimentada por esta agricultura de cultivos forzados en la provincia de Almería, viene marcada fundamentalmente por tres acontecimientos:

- a) Enarenado: La primera experiencia en Almería de cultivos en arena, tiene lugar en Balerna a mitad de la década de los años 40, si bien, esta práctica ya se venía utilizando desde 1.920 en los regadíos del Pozuelo y la Rábita (pueblos de la costa de la provincia de Granada). Sin embargo la aceptación del enarenado como técnica de cultivo se produce a partir de 1.957.
- b) Invernaderos: Durante varios años, los cultivos de hortalizas en terrenos enarenados y protegidos con setos cortavientos, se fueron extendiendo hasta que en los primeros años de la década de los sesenta (1.962) se construyeron en plan de ensayo los primeros invernaderos.



Esta nueva forma de cultivo incrementó aún más los rendimientos, aceleró el período de producción respecto a los enarenados, y permitió la incorporación de nuevas variedades. Desde entonces, el cultivo bajo plástico se ha ido extendiendo frente al del simple enarenado.

- c) Riego por goteo: La tercera innovación trascendental ha sido la introducción del riego por goteo (1.971). Esta técnica permite la racionalización del agua, el abonado y los tratamientos fitosanitarios en el instante del riego y la eliminación de la necesidad de la sustitución de la arena.

El cuadro nº 5.9 muestra la evolución de los cultivos forzados atendiendo a las dos técnicas básicas de explotación: invernaderos y enarenados. El Campo de Dalías concentra las mayores superficies destinadas a cultivos forzados (77 % del total) y de las cuales el 92 % están cultivadas bajo la modalidad de invernadero y el resto en enarenado. Dentro de esta comarca, las localidades de El Ejido, Dalías, Roquetas y Vícar concentran el 62 % de los cultivos forzados de Almería, y el 76 % de los invernaderos. El enarenado se localiza preferentemente en las localidades de Níjar, Almería y Adra, que aglutinan el 90% de la superficie destinada a esta modalidad en la provincia.

En cuanto a las dificultades que vienen condicionando la expansión de la agricultura intensiva almeriense, habría que citar al menos tres, como fundamentales: agua, comunicaciones y comercialización. Efectivamente las limitaciones a la extensión de los cultivos forzados vienen impuestas por la escasez del agua, actualmente principal factor limitativo; un sistema de comunicaciones inadecuado a las necesidades de comercialización y unas estructuras de la propia fase de comercialización de la producción que precisan de una urgente regulación y concentración de la oferta en origen.

Si bien el valor de la producción resultante de este capítulo agrícola, como suele suceder en el sector en general, está sujeto a fluctuaciones como consecuencia de una serie de condicionantes (factores meteorológicos, alterativas de cultivos, precios, plagas, etc...), los últimos datos disponibles, correspondientes a 1.988, dan un valor de producción para el total de hortalizas y flores de 68.016 millones de pesetas, lo que viene a representar el 87 por ciento del valor total de la producción agrícola de la provincia de Almería para ese ejercicio.

#### 1.5.1.2.- La Ganadería.

Almería no es precisamente una provincia ganadera. Con la excepción del caprino y del porcino, el número de cabezas de ganado es reducido en comparación con otras provincias andaluzas.

En el cuadro nº 5.10 se presenta el censo de ganado en Almería, Andalucía y España, correspondiente a 1.986 y para cada una de las especies que encabezan el cuadro. Igualmente se deja constancia de la variación experimentada en el período 1.970/1.986, así como del peso específico que supone la situación de Almería con respecto al total de Andalucía y de ésta con respecto al total nacional.

Entrando en el análisis de cada uno de los cinco tipos de ganado sometidos a estudio, se aprecia cómo el bovino tiene un carácter residual, a tenor de su evolución y del grado de participación sobre el conjunto de la región. El ovino permanece estancado desde 1.970 y representa el 8,7% con respecto al total andaluz; la raza predominante es la manchega. El caprino que experimenta un aumento del 28%, llega a 127.328 cabezas, con un porcentaje de participación regional del 13,5 %; las razas más extendidas son la murciana y la granadina. En cuanto al porcino, almería es la provincia andaluza con mayor número de animales censados (161.779 cabezas), lo que constituye el 16,50% del total de Andalucía, habiendo experimentado en el período considerado un aumento del 41,4%. Por último, el equino es un tipo de ganado en claro retroceso (73,5% de disminución en el período 1.970 -1.986) siendo su peso sobre el cómputo regional del 6,5%

En 1.988 el valor de la producción ganadera provincial ascendió a 15.072 millones de pesetas.

#### 1.5.1.3.- La Pesca

El peso del sector pesquero almeriense es relativamente poco importante: 2,0% de los empleos y una participación del 1,5% en el valor añadido bruto provincial, ambos referidos a 1.985. Esta situación es la resultante de un proceso decadente que afecta a esta actividad debido entre otras razones: al bajo tonelaje medio por embarcación, a la elevada antigüedad de la mayoría de sus unidades productivas, inadecuado nivel técnico, agotamiento de los bancos y al exceso de mano de obra embarcada. No obstante, dentro de la región surmediterránea donde está encuadrada, esta flota es la que mayor volumen de capturas realiza.

Ciertamente son escasas las embarcaciones que superan las 100 toneladas de registro bruto, si bien, y teniendo en cuenta la potencia instalada, la mayoría de las embarcaciones son aptas para operar en el caladero marroquí. En cuanto a la antigüedad, el 50% de las embarcaciones tienen más de 15 años y el 35% más de 20 años. Si se tiene en cuenta que 20 años es precisamente el límite de la vida útil de una embarcación en el Mediterráneo, queda evidente la necesidad de renovar, al menos, el 35% de la flota.

En la actualidad, la dimensión del sector podría quedar enmarcada en torno a las cifras obtenidas para 1.988. A esa fecha el número de embarcaciones era de 342, con un T.R.B. de 9.415; las capturas de los puertos almerienses ascendieron a 11.204 Tm. y el valor de las mismas alcanzó los 4.930 millones de pesetas. Al puerto de Almería (capital) correspondió el 52% del tonelaje y el 49% de los importes.

#### 1.5.2.- El sector secundario.

La participación del sector secundario en la provincia de Almería, en cuanto a su aportación al V.A.B. y al número de empleos, queda reflejada en los cuadros números 5.11 y 5.13. (Págs. 85-87). Asimismo aparece la situación referida a las medias regional y nacional.

A continuación se entra a comentar con algo más de detalle los dos grandes componentes en que, a su vez, suele dividirse este sector secundario: sector industrial y sector construcción.

##### 1.5.2.1.- El Sector Industrial

La economía almeriense se caracteriza por la existencia de un sector industrial poco desarrollado, concentrado en unos pocos subsectores de la producción y territorialmente muy localizado.

La situación numérica que nos presenta el cuadro nº 5.11, indica cómo el sector industrial en Almería, en 1.955 (y en cuanto a la aportación al V.A.B. provincial se refiere) participaba con el 17,4%; para esa misma fecha, en Andalucía la industria aportaba el 24,6% en tanto que para España el indicador ascendía al 31,5%. Es decir, estábamos 7,2 puntos por debajo de la media regional y 14,1 puntos de la nacional. En el transcurso de los treinta años siguientes

tes, hasta 1.985, el sector había perdido 5,5 puntos en su peso provincial, mientras que a nivel regional y nacional las bajas fueron de 6,6 y 5,1 puntos respectivamente.

Atendiendo a la clasificación por subsectores que contiene la publicación que edita el Banco de Bilbao sobre la Renta Nacional de España, a 1.985, (cuadro nº 5.12) los subsectores de mayor presencia provincial eran:

- a) Minerales y productos no mecánicos, con una cuota del 24%. Esta rama de la industria en los últimos años se ha venido desarrollando en torno a la explotación de las canteras de mármol en el valle del Almanzora y en la producción de cemento. Es además, la que mayor dinamismo ha registrado en los últimos diez años, en los cuales su grado de aportación al V.A.B. provincial aumenta en 7,4 puntos.
- b) Productos energéticos y agua, que participa con el 22,90%, y aunque su presencia en el sector es aún significativa, sin embargo en la década 1.975-1.985, su peso específico se ve reducido en nada menos que 13,4 puntos. La mayor aportación a este apartado hay que imputársela a ENDESA (Empresa Nacional de Electricidad, S.A.) ubicada en la localidad de Carboneras.
- c) Alimentos, bebidas y tabacos, que con una cuota de participación del 14,5% es otra rama de la actividad industrial que presenta una evolución positiva en el decenio, en el cual casi duplica su aportación al V.A.B., ya que en 1.975 éste representaba un porcentaje de sólo el 7,6%
- d) Productos químicos, que también aumenta su presencia provincial pasando del 7,2% en 1.975 al 12,7% en 1.985. En este caso también cabe particularizar, dado el peso específico que en el sector tiene la empresa Deretil, especializada en la elaboración de productos intermedios farmacéuticos y que desarrolla su actividad en el municipio de Cuevas.

Bajo estas cuatro agrupaciones se recogía el 74,1% de la producción industrial de la provincia en 1.985.

Si el patrón de medida fuese el número de empleos, también quedaría evidente la reducida dimensión de la industria en la provincia en comparación con el nivel del sector en el ámbito de Andalucía y España, tal y como se puede apreciar en el cuadro nº 5.13. Los datos referentes

a 1.985 daban una participación de empleos para el sector, en el marco provincial, del 9,5 por ciento, lo cual implicaba estar 6,0 puntos por debajo de la situación media regional y 14,2 puntos más baja que los datos registrados con respecto al total nacional.

#### 1.5.2.2.- El Sector Construcción.

La expansión económica en los años sesenta, los efectos del turismo sobre la actividad inmobiliaria y el intenso proceso urbanizador de la sociedad española durante esos años, explican, en buena parte, el desarrollo que conoce la actividad de la edificación.

La construcción tiene un importante peso específico en la formación del V.A.B. y en la creación de empleo en Almería.

Este hecho se pone de evidencia al comparar la contribución del sector en los tres ámbitos geográficos que se vienen considerando y que pueden apreciarse en los cuadros nº 5.11 y nº 5.13. (págs. 85-87).

Situándose en 1.955, la aportación de la construcción al V.A.B. provincial era del 6,7 por ciento; las cifras para Andalucía y España eran del 7,2 y 6,4 por ciento respectivamente. Salvo en los años 1.962 y 1.964, el indicador provincial ha ido aumentando, alcanzando su máximo en 1.983 con una cuota de participación del 13,1 por ciento. En 1.985, la situación con respecto a la aportación al V.A.B. correspondiente era la siguiente: Almería 9,9%, Andalucía 6,8% y España 5,6%. Es decir, en la provincia la construcción incrementa su cuota de participación, mientras que en la región y en España el comportamiento ha sido de signo contrario.

En cuanto a la aportación que esta rama de la actividad productiva hace al total de la población empleada, y por referirnos sólo al último año de la serie contemplada, 1.985, en Almería la construcción ocupaba el 9% de los empleos, mientras que en Andalucía el porcentaje era del 8,1 y para España el ratio registrado suponía el 7,3 por ciento.

La actividad del sector viene localizándose, preferentemente, en Almería capital, en la costa occidental y en los núcleos urbanos de la costa del levante almeriense.

En Almería el Plan Cuatrienal de Viviendas (1.983-1.987) provocó en sus inicios un fuerte tirón de las vi-

viendas de construcción oficial (VFO), incremento que ha ido desacelerándose conforme avanzaba el plan, en beneficio de la vivienda libre.

Como sucede en otros sectores de la actividad económica provincial, en éste también predominan las pequeñas empresas.

### 1.5.3.- El sector terciario.

Uno de los rasgos más singulares de la evolución de la economía española durante los últimos 25 años, ha sido el fuerte auge experimentado por las actividades del sector servicios. Sin embargo, en el caso de Almería esta evolución no ha tenido la intensidad que ha caracterizado a las medias andaluza y nacional. Una visión detallada de la evolución de la participación del sector servicios en la conformación del PIB en Almería, Andalucía y España, para el período comprendido entre 1.955 y 1.985, se muestra en el cuadro nº 5.14. (pág. 88).

Como se puede observar, en 1.955, primer año de la serie, el sector servicios contribuye en mayor medida a la formación del PIB en Almería que en Andalucía (2,6 puntos) y prácticamente viene a coincidir con el ratio que a ese primer año de la serie presenta para España.

Durante el período analizado, el sector se ha caracterizado por unos crecimientos continuos e ininterrumpidos en los espacios regional y nacional, mientras que la trayectoria del sector en la provincia iba alternando épocas de recesión con otras de expansión hasta el año 1.973. A partir de esa fecha, viene registrando un perfil creciente y continuo.

El mayor incremento acumulativo le corresponde a Andalucía y el menor es para Almería. De ahí, el que los diferentes valores para el final del período contemplado, año 1.985, reflejen situaciones bien distintas de las posiciones de partida. Andalucía y España cuentan con un sector Servicios que aporta el 61,6 por ciento de sus respectivos PIB, en tanto que Almería quedaba bastante alejada de estos ratios, con un 53,3 por ciento; 8,3 puntos menos que la media regional y nacional.

Analizando el comportamiento histórico de los tres sectores productivos, se observa cómo en Almería el sector primario ha sido más agresivo, que el de las otras dos áreas geográficas contempladas, a la hora de ir cediendo parte de su cuota de participación. A estos efectos sería

preciso tener presente la singularidad de la agricultura intensiva de la provincia de Almería.

El análisis de la composición sectorial del PIB, en el sector de los servicios, permite comprobar el diferente peso específico que posee cada una de las ramas de actividad del sector terciario. De otro lado, la comparación de la participación de cada rama de actividad en el sector, entre 1.975 y 1.985, permite comprobar la evolución seguida por éstas, así como su grado de dinamicidad. En el cuadro nº 5.15 aparece la información para este análisis (pág. 89).

Situándonos en 1.985 y atendiendo al grado de participación, los servicios comerciales estaban en primera posición con una cuota del 22,9%, muy similar a la que ostentaban en 1.975. El segundo lugar es para los servicios públicos, con un índice del 21,2%, lo cual implica una mejora de 7,9 puntos con respecto al valor registrado diez años antes. Tras estas dos grandes ramas y bastante distanciadas, con una participación en torno al diez por ciento, se encuentran las siguientes: Transportes y comunicaciones con un 11,5%, perdiendo poco más de un punto con respecto a 1.975; hostelería y restauración 10,4% y por último alquiler de inmuebles con un 9,2%. En 1.985 estas cinco ramas de actividad venían a representar las tres cuartas partes de la producción generada por el sector terciario.

Por lo que al empleo se refiere (cuadro nº 5.16), en 1.955 el sector terciario contabilizaba 26.830 empleos, lo que suponía el 22 por ciento del total de los empleos por sectores. Muy similar era el ratio para la media regional, mientras que para España el porcentaje a la citada fecha era de 26,2%. Treinta años más tarde, en 1.985, el número de empleos en la provincia de Almería, para el sector de referencia, era de 53.289, equivalente a una cuota de participación en el total de empleos de la provincia del 47%, cuando el índice medio regional y nacional era del 55,2 y 52,6 por ciento respectivamente.

De las distintas actividades que integran el sector servicios, se comentan aquellas tres que para Almería tienen una singular significación:

- a) Comercio: Como anteriormente se citaba, esta rama representaba el 22,9 % de la generación de la renta del sector. Ante la inexistencia de censos de establecimientos comerciales a nivel nacional, el estudio de la estructura del comercio español se viene realizando a través del examen del número de licencias comerciales en las diversas actividades mercantiles.

Tomando como referencia la información contenida en el cuadro nº 5.17, se observa que la dotación comercial en la provincia de Almería entre los años 1.979 y 1.987, crece a un ritmo algo más acelerado al que lo hace el conjunto regional, y rebasa olgadamente al doble de la tasa media de crecimiento de la nación. Las licencias de mayoristas, a 1.987, suponían casi la quinta parte del total de las autorizaciones legales; este porcentaje era algo superior al ratio medio nacional y estaba 3,6 puntos por encima del correspondiente regional.

Otro indicador utilizado para medir el nivel de equipamiento comercial es el de las licencias comerciales por habitante. A 1 de enero de 1.988, el número de licencias comerciales por cada 1.000 habitantes en la provincia de Almería (22,3), y a pesar del importante incremento experimentado en los últimos años, era algo inferior a las medias de Andalucía y de España, 23,8 y 25,0 respectivamente.

- b) El turismo: Tal y como se ha hecho referencia en otra parte de este capítulo, el turismo se ha convertido, tras la agricultura, en la segunda fuente de riqueza de Almería.

La incorporación de Almería, como provincia de destino turístico es reciente, siendo múltiples los factores que han incidido en este tardío desarrollo turístico. El quedar fuera del modelo desarrollista que presidió el primer período de bonanza turística en España, ha permitido que en la provincia se mantengan intactos grandes espacios naturales del litoral costero, con espacios urbanizados poco densos y zonas del interior con enormes potencialidades.

La infraestructura turística, a 1.989, estaba constituida por un total de 38 hoteles dotados con 10.294 plazas, correspondiendo a la categoría de tres estrellas, el 50% de los hoteles y el 73% de las plazas. Completan esta infraestructura 92 hostales, 125 fondas y casas de huéspedes, 742 apartamentos y 10 campings.

La distribución espacial de esta oferta hotelera se encuentra casi exclusivamente localizada en el litoral costero.

En cuanto a la evolución de la demanda turís-



tica de Almería, medida a través del movimiento de viajeros en establecimientos hoteleros es la que presenta el cuadro 5.18. (pág. 92)

Al margen de situaciones coyunturales y sin contar con los factores exógenos (como por ejemplo el nacimiento de nuevas áreas geográficas de oferta), los condicionantes estructurales que pueden limitar la expansión de este sector en la provincia, vienen determinados por la reducida infraestructura de las comunicaciones, la escasez de agua, el conflicto con la agricultura (en los aspectos suelo y agua) y las insuficientes condiciones higiénico-sanitarias.

c) Los transportes:

\* Según los últimos datos disponibles, 1.986, los vehículos registrados en Almería ascendían a 128.800. Atendiendo al tipo de carrocería, la estructura porcentual evidencia un mayor parque de camiones (21% del total de vehículos) con respecto a las medias regional y nacional (15,3% y 13,7% respectivamente); situación que viene motivada por la modalidad de transporte utilizada en Almería para la comercialización de los productos agrícolas.

\* En el transporte marítimo habría que diferenciar entre el tráfico de buques, de pasajeros y de mercancías. El tráfico de buques en los puertos de Almería en 1.989 ascendió a 907, lo que supone un ligero descenso con respecto al año anterior, y un mantenimiento de los niveles registrados en los cinco años precedentes. En cuanto al tráfico de pasajeros, se produce, fundamentalmente, entre las ciudades de Almería y Melilla. Este tipo de tráfico ha crecido constantemente desde principio de los años setenta, siendo el número total de pasajeros en 1.989 de 198.918. Por lo que respecta al tráfico de mercancías, éste tiene su máximo exponente en la vía exportadora. Las mercancías manipuladas responden a la clasificación de graneles sólidos, ya que de los 7,4 millones de toneladas cargadas y descargadas durante 1.989, el 76 por ciento de las mismas correspondió a mercancías de esa clasificación.

\* El tráfico aéreo, viene caracterizado por un intenso e ininterrumpido crecimiento en cuanto

al número de viajeros y una reducción en el volumen de mercancías, con respecto a las cifras registradas durante los años setenta. El número de pasajeros ha pasado de 72.200 en 1.971 a 609.100 en 1.988, de estos últimos el 81 por ciento procedían de vuelos internacionales, hecho que guarda una estrecha relación con la evolución del turismo en Almería.

**CUADRO 1.1.**

Distribución comparada de la morfología de las tierras almerienses:

FORMAS RELIEVE	PROVINCIA		ANDALUCIA	ESPAÑA
	(Sup.en Km <sup>2</sup> )	%	%	%
Montañas . . . . .	4036,00	46,00	23,10	21,40
Colinas . . . . .	4018,28	34,40	38,80	31,90
Llanuras . . . . .	1719,72	19,60	38,10	46,70
TOTALES . . . . .	8774,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Almería - Nuestra Andalucía.

**CUADRO 3.1.**

Evolución de la población censal de derecho en la provincia de Almería entre 1.900 y 1.986:

<u>AÑO</u>	<u>POBLACION</u>	<u>AÑO</u>	<u>POBLACION</u>
1900	359.013	1950	357.401
1910	380.388	1960	360.464
1920	358.149	1970	375.004
1930	341.550	1981	405.300
1940	359.730	1986	448.600

Fuente: Almería-Nuestra Andalucía e Informe Económico de la provincia de Almería. 1988. Servicio de estudios de la Cámara Oficial de Comercio, Industria y Navegación de Almería. Elaboración propia.

### AREAS RURALES REGRESIVAS AÑO 1980

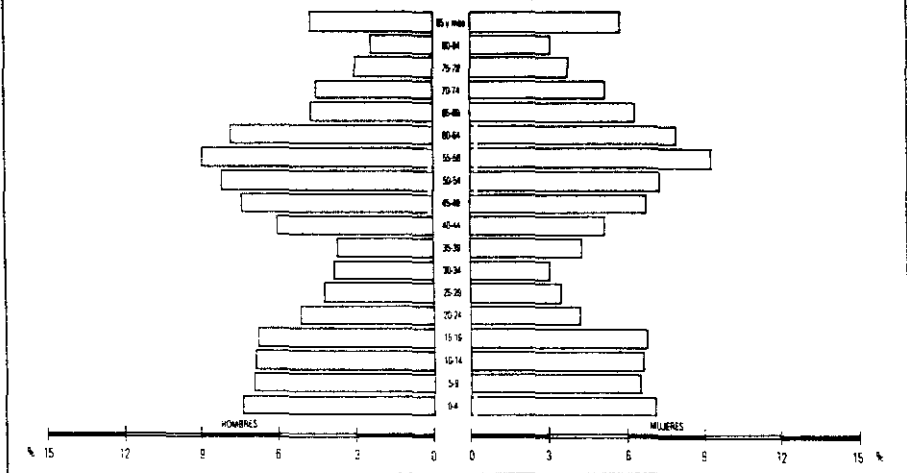


Gráfico 3.1. Fuente: Almería - Nuestra Andalucía.

### AREAS RURALES DE AGRICULTURA TECNIFICADA AÑO 1980

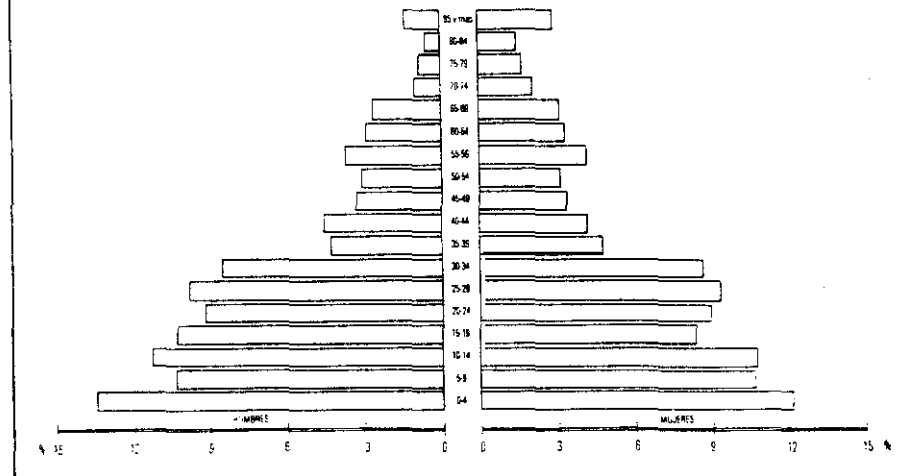


Gráfico 3.2. Fuente: Almería - Nuestra Andalucía.

### CUADRO 3.2.

Dinámica demográfica de las provincias andaluzas, periodos intercensales 1951-1981:

	Periodo 1961-1970			Periodo 1970-1981			Periodo 1980-1981		
	TASA ANUAL DE CRECIMIENTO VEGETATIVO MIGRATORIO REAL			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO VEGETATIVO MIGRATORIO REAL			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO VEGETATIVO MIGRATORIO REAL		
Almería.....	1.22	-0.41	0.81	1.58	-1.18	0.39	1.71	-1.69	0.09
Cádiz.....	1.60	-0.34	1.31	1.85	-1.09	0.81	1.70	-0.14	1.69
Córdoba.....	0.99	-1.05	-0.10	1.41	-2.42	-0.93	1.51	-1.31	0.21
Granada.....	1.08	-0.67	0.93	1.82	-2.09	-0.47	1.61	-1.84	-0.17
Huelva.....	0.96	-0.52	0.42	1.04	-1.11	-0.06	1.10	-0.23	0.87
Jaén.....	0.89	-1.40	-0.51	1.53	-2.63	-1.02	1.60	-2.03	-0.38
Málaga.....	1.22	0.61	1.95	1.48	-0.31	1.19	1.27	-0.98	0.33
Sevilla.....	1.45	-0.34	1.13	1.54	-0.98	0.75	1.44	-0.29	1.23
ANDALUCIA.....	1.23	-0.44	0.79	1.55	-1.42	0.13	1.50	-1.02	0.51

Fuente: Informe Económico de la Provincia de Almería.  
1988

### CUADRO 5.1.

Participación en la producción ( V.A.B.) - Sector Primario: en tantos por cien

EN TANTOS POR CIENTO

ENTORNO	1955	1957	1960	1962	1964	1967	1969	1971	1973	1975	1977	1979	1981	1983	1985
ALMERIA	34.5	35.6	35.4	39.5	33.6	24.8	22.5	27.8	35.0	30.7	35.5	27.4	27.2	22.8	24.9
ANDALUCIA	29.4	27.8	31.9	31.3	23.8	21.7	19.2	20.1	19.7	16.2	15.3	12.9	12.5	11.8	13.6
ESPAÑA	20.5	21.7	22.6	21.8	17.9	14.8	13.6	12.3	11.6	9.7	8.9	7.5	6.4	6.5	6.4

Fuente: Renta Nacional de España. Banco de Bilbao 1985.  
Elaboración Propia.

## CUADRO 5.2.

Participación del número de empleos - Sector Primario:

EN TANTOS POR CIENTO

ENTORNO	1955	1957	1960	1962	1964	1967	1969	1971	1973	1975	1977	1979	1981	1983	1985
ALMERÍA ..	57,4	55,4	54,7	53,5	51,4	49,6	46,6	47,2	45,6	45,8	45,7	43,9	42,1	38,2	34,5
ANDALUCÍA ..	54,2	52,3	50,0	47,0	45,1	40,5	38,7	36,1	33,5	30,7	29,6	28,8	26,8	22,6	21,2
ESPAÑA ..	44,9	42,6	40,5	37,2	34,8	31,2	29,4	27,4	24,9	22,9	21,3	20,4	18,5	16,9	16,4

Fuente: Renta Nacional de España. Banco de Bilbao 1985.  
Elaboración propia.

## CUADRO 5.3.

Distribución de la superficie provincial en función del aprovechamiento agrícola y tamaño de la explotación. Miles Has. 1.982:

TAMAÑO DE LA EXPLOTACION	SUPERFICIE TOTAL	TIERRAS LABRADAS	TIERRAS NO LABRADAS	SUPERFICIE AGRIC. UTIL.
Menos de 5 Has. ....	44,0	36,8	9,2	34,9
De 5 a 10 Has. ....	32,8	20,9	11,8	21,0
De 10 a 30 Has. ....	101,3	54,4	46,8	54,6
De 30 a 50 Has. ....	57,7	27,8	29,9	27,9
De 50 a 100 Has. ....	75,7	34,9	40,8	35,1
De 100 a 500 Has. ....	154,5	53,5	100,9	54,0
De 500 a 1.000 Has. ....	62,9	5,4	57,5	5,5
Más de 1.000 Has. ....	257,2	4,1	253,1	4,1
TOTAL .....	786,2	236,1	550,1	237,2

Fuente: Informe Económico de la Provincia de Almería.  
1988

#### CUADRO 5.4.

Distribución de las tierras labradas por tipo de cultivo predominante. Has.:

	HERBACEOS	OLIVAR	VÍNECOS	FRUTALES	FRUTALES OLIVOS O VÍNECOS ASOCIADOS	HERBACEOS ASOC. CON ARBOROS	TOTAL
Secano .....	122.9	9.6	1.1	49.6	5.8	1.5	190.5
Regadio .....	23.7	2.8	5.7	12.1	1.1	0.1	45.5
TOTAL .....	146.6	12.4	6.8	61.7	6.9	1.6	236.0

Fuente: Informe Económico de la Provincia de Almería.  
1988

#### CUADRO 5.5.

Distribución de la superficie total, de la superficie agrícola utilizada por hectáreas. Número de explotaciones y régimen de tenencia:

	SUPERFICIE TOTAL		S.A.U.	
	NUM. EXPLOT.	HECTAREAS	NUM. EXPLOT.	HECTAREAS
Propiedad .....	40.310	603.473	37.277	179.436
Arrendamiento .....	2.515	17.981	2.394	10.542
Aparcería .....	5.147	63.716	5.078	44.529
Comunal .....	57	483	54	370
Otros regímenes .....	1.015	100.551	900	2.336
Todos los regímenes (*) .....	44.948	786.204	41.882	237.214

(\*) Las sumas del número de explotaciones de cada uno de los regímenes no coincide con la fila correspondiente a "Todos los regímenes" puesto que existen explotaciones que se explotan en dos o más regímenes diferentes.

Fuente: Informe Económico de la Provincia de Almería.  
1988

**CUADRO 5.6.**

**Aprovechamiento de las tierras por comarcas, superficie (Miles de Hectáreas) y número de explotaciones:**

COMARCAS	TODAS LAS TIERRAS		TIERRAS LABRADAS		TIERRAS NO LABRADAS		SUPERFICIE AGRÍCOLA	
	Expl.	Miles Has.	Expl.	Miles Has.	Expl.	Miles Has.	Expl.	Miles Has.
1. Los Vélez .....	2.363	115.0	2.339	62.9	703	52.1	2.339	62.9
2. Alto Almanzora .....	7.655	152.4	7.359	55.8	4.051	93.7	7.359	59.1
3. Bajo Almanzora .....	6.779	89.4	6.279	34.8	2.974	5.6	6.290	34.9
4. Río Nacimiento .....	2.964	68.9	2.725	9.6	1.276	59.3	2.726	9.6
5. Campo Tabernas .....	3.196	105.4	2.871	30.8	2.672	77.6	2.872	30.9
6. Alto Andarax .....	3.506	60.2	3.380	7.1	906	53.1	3.384	7.2
7. Campo Dalías .....	12.054	83.1	11.441	16.2	4.056	67.0	11.446	16.2
8. Campo Nijar y Bajo Andarax .....	6.430	106.8	5.451	16.0	2.170	92.7	5.467	16.5
TOTAL COMARCAL .....	44.948	786.2	41.842	236.1	18.799	550.1	41.882	237.2

Fuente: Informe Económico de la Provincia de Almería.  
1988

**CUADRO 5.7.**

**Distribución de las tierras labradas por comarcas y tipo de cultivo:**

	Todas las tierras lab.		Herb. solos o asociados entre sí		Olivar solo o asociado con herbác.		Viñedo solo o asociado con herbác.		Frut. solos o asociados entre sí o con herbác.		Frut. oliv. o viñ. asoci. entre sí		Herb. asoci. con espec. arb. forestal	
	Exp.	Has.	Exp.	Has.	Exp.	Has.	Exp.	Has.	Exp.	Has.	Exp.	Has.	Exp.(1)	Has.(1)
1. Los Vélez .....	2.335	62.88	2.118	55.10	112	0.14	42	0.15	672	7.40	20	0.06	—	—
2. Alto Almanzora .....	7.356	58.76	6.292	26.50	2.143	4.20	556	0.70	4.676	23.97	840	2.97	161	0.42
3. Bajo Almanzora .....	6.279	34.84	4.680	20.83	1.123	1.69	154	0.29	3.359	11.12	197	0.43	175	0.48
4. Río Nacimiento .....	2.725	9.59	1.526	2.06	1.411	1.61	727	0.63	1.659	4.64	202	0.64	5	0.01
5. Campo Tabernas .....	2.871	30.79	1.950	17.33	1.407	3.47	105	0.42	1.777	7.13	550	1.85	74	0.58
6. Alto Andarax .....	3.380	7.06	1.140	1.23	580	0.86	2.203	2.41	1.532	2.17	236	0.37	10	0.02
7. Campo Dalías .....	11.441	16.16	9.595	9.97	261	0.30	1.796	1.91	904	3.50	243	0.43	10	0.00
8. Campo Nijar y Bajo Andarax .....	5.451	16.03	4.238	13.63	29	0.00	95	0.32	1.346	1.83	14	0.12	10	0.02
TOTAL COMARCAL .....	41.842	236.13	30.549	146.64	7.066	12.27	5.678	6.55	16.129	61.78	2.351	6.80	445	1.56

(1) Número de Explotaciones.  
(2) Miles de Hectáreas.

Fuente: Informe Económico de la Provincia de Almería.  
1988



**CUADRO 5.8.**

Distribución de la superficie destinada a herbáceos según cultivos y comarcas (Número de Hectáreas):

CULTIVOS	COMARCAS								
	Los Vélez	Alto Alman. Alman.	BAJO Alman.	Rio Nacem.	Campo Taber.	Alto Andar.	Campo Dalas	Campo Nijar y Bajo Andar.	TOTAL
Cereales (grano) .....	25.480	11.911	7.234	556	7.591	293	153	2.934	56.152
Leguminosas .....	652	299	163	85	176	4	46	6	1.431
Patata .....	10	271	95	10	65	26	3	2	482
Industriales .....	4	5	3	8	—	—	—	—	23
Porreros y Barbecho .....	220	796	331	56	135	69	55	794	2.386
Hortalizas .....	258	756	960	119	210	85	8.265	4.253	14.886
Flores y Plantas Ornamentales .....	—	—	25	—	6	—	245	31	307
Otros .....	28.461	12.471	12.018	1.227	9.151	773	1.201	5.874	70.976
<b>TOTAL .....</b>	<b>55.085</b>	<b>26.502</b>	<b>20.829</b>	<b>2.061</b>	<b>17.334</b>	<b>1.230</b>	<b>9.968</b>	<b>13.634</b>	<b>146.843</b>

Fuente: Informe Económico de la Provincia de Almería. 1988

**CUADRO 5.9.**

Evolución de los cultivos intensivos en Almería según comarcas:

COMARCAS Y LOCALIDADES	1979						1984						1988 (Avance)					
	Invernadero		Enarenado		TOTAL		Invernadero		Enarenado		TOTAL		Invernadero		Enarenado		TOTAL	
	Ha	%	Ha	%	Ha	%	Ha	%	Ha	%	Ha	%	Ha	%	Ha	%	Ha	%
El Ejido-Dalias	1.743,3	0,1	838,5	0,6	2.581,8	0,1	5.771,9	30,4	176,5	5,8	5.948,4	40,7	5.800,9	50,2	1.801,1	4,5	6.802,0	40,2
Roquetas	1.250,6	0,7	802,6	0,6	2.053,2	0,9	1.834,5	10,3	74,8	2,4	1.909,3	11,7	1.850,0	16,1	80,5	2,6	1.769,5	11,6
Vélez	964,5	15,1	201,9	2,8	1.166,4	12,9	1.346,3	11,8	41,2	1,3	1.387,5	9,5	1.300,6	11,5	40,8	1,3	1.300,6	9,4
La Mojonera	603,5	7,7	36,4	1,1	640,0	6,9	880,3	7,8	5,8	0,2	886,1	6,1	880,5	7,7	5,6	0,2	886,1	6,1
Baza/Dálmata	85,7	1,0	8,7	0,3	94,4	0,6	88,9	0,9	7,1	0,2	96,0	0,7	88,5	0,9	5,6	0,2	94,1	0,7
Almería	336,4	5,2	774,1	22,7	1.110,5	12,3	612,7	5,8	851,8	30,7	1.464,5	8,7	630,2	5,5	630,2	2,1	1.260,4	8,8
CAMPO DALLAS	5.864,3	91,8	1.582,4	46,5	7.446,7	78,1	10.287,0	90,4	863,0	30,4	11.150,0	77,2	10.530,0	89,9	820,0	25,1	11.350,0	77,4
Almería	270,7	4,5	856,5	14,3	1.127,2	12,2	582,3	5,1	713,2	22,7	1.295,5	8,9	880,0	7,5	700,0	22,3	1.580,0	10,8
Nijar	740,0	3,8	862,8	24,1	1.602,8	17,6	432,7	3,8	1.440,1	6,8	1.872,8	13,5	500,0	4,3	1.400,0	6,8	1.900,0	12,9
NIJAR Y BAJO ANDARAZ	514,1	8,1	1.818,7	51,4	2.332,8	25,5	1.015,6	9,5	2.153,3	19,5	3.168,9	21,7	1.700,0	14,4	2.100,0	16,5	3.800,0	25,7
Píñar	2,6	0,0	—	—	2,6	0,0	35,9	0,3	—	—	35,9	0,2	40,6	0,3	—	—	40,6	0,2
Cherres	4,9	0,0	—	—	4,9	0,0	25,5	0,2	35,4	1,1	60,9	0,4	36,1	0,3	50,1	1,6	86,6	0,6
Almería y Vera	—	—	—	—	—	—	10,5	0,1	—	—	10,5	0,1	12,0	0,1	—	—	12,0	0,1
BAJO ALMANZORA	7,7	0,1	—	—	7,7	0,1	75,7	0,6	32,4	1,1	108,1	0,7	90,0	0,7	50,0	1,8	140,0	0,9
<b>TOTAL PROVINCIA</b>	<b>1.280,9</b>	<b>100</b>	<b>3.482,1</b>	<b>100,0</b>	<b>4.763,0</b>	<b>100,0</b>	<b>11.498,1</b>	<b>100,0</b>	<b>3.145,0</b>	<b>100,0</b>	<b>14.643,1</b>	<b>100,0</b>	<b>11.730,0</b>	<b>100,0</b>	<b>3.050,0</b>	<b>100,0</b>	<b>14.780,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Informe Económico de la Provincia de Almería. 1988

CUADRO Nº 5.10.

Censo ganadero en Almería, Andalucía y España (en miles de pesetas): 1.986

	BOVINO	OVINO	CAPRINO	PORCINO	EQUINO
<b>ALMERIA</b>					
* Número	4	160	127	162	7
* % variación 1.970/86	- 50,1%	- 0,6%	28,0%	41,4%	-73,5%
<b>ANDALUCIA</b>					
* Número	530	1.844	944	978	109
* % variación 1.970/86	1,8%	- 24,8%	7,9%	10,8%	- 59,1%
<b>ESPAÑA</b>					
* Número	5.088	17.641	2.850	13.383	1.559
* % variación 1.970/86	18,7%	- 5,8%	10,9%	93,6%	- 74,5%
<b>% DE PARTICIPACION</b>					
* Almería s/ Andalucía	0,8%	8,7%	13,5%	16,5%	6,5%
* Andalucía s/ España	10,4%	10,5%	33,1%	7,3%	7,0%

Fuente: Informe Económico de la Provincia de Almería.  
Elaboración Propia.

CUADRO 5.11.

EN TANTOS POR CIENTO

Participación en la producción ( V.A.B. ) - Sector Secundario:

		Industria														
E N T O R N O		1955	1957	1960	1962	1964	1967	1969	1971	1973	1975	1977	1979	1981	1983	1985
	ALMERIA ..	17,4	17,2	17,9	17,7	21,1	19,2	16,9	15,9	13,6	17,4	14,0	11,5	10,5	12,0	11,9
	ANDALUCIA ..	24,6	23,2	22,5	21,9	25,8	22,5	23,4	23,2	22,8	24,5	23,6	20,2	19,7	19,7	18,0
	ESPAÑA ..	31,5	31,1	31,5	31,5	32,7	31,7	31,8	31,1	31,8	31,8	30,8	27,9	27,4	27,6	26,4
		Construcción														
26	ALMERIA ..	6,7	10,7	7,0	6,0	5,8	8,1	9,5	9,3	8,8	9,2	7,1	11,3	12,1	13,1	9,9
	ANDALUCIA ..	7,2	8,0	5,7	6,8	7,0	7,5	7,9	7,8	8,2	8,1	7,6	8,0	8,1	8,0	6,8
	ESPAÑA ..	6,4	6,5	5,3	5,8	6,5	6,7	7,0	6,7	7,1	7,3	7,4	6,9	6,6	6,2	5,6
		- T O T A L -														
	ALMERIA ..	24,1	27,9	24,9	23,7	26,8	27,3	26,3	25,3	22,4	26,6	21,1	22,8	22,6	25,1	21,8
	ANDALUCIA ..	31,7	31,2	28,2	28,7	32,8	30,0	31,4	31,0	31,0	32,6	31,2	28,1	27,8	27,7	24,8
	ESPAÑA ..	38,0	37,6	36,7	37,3	39,2	38,4	38,8	37,8	39,0	39,1	38,2	34,8	34,0	33,8	32,0

Fuente: Renta Nacional de España. Banco de Bilbao.  
Elaboración Propia.

**CUADRO 5.12.**

**Composición del PIB industrial, 1975 y 1.985 (millones de pesetas y porcentaje):**

	1975		1985	
	Millones Pts.	%	Millones Pts.	%
Productos energéticos y agua .....	2.649	36.3%	6.419	22.9%
Minerales y metales .....	675	9.3%	275	1.0%
Minerales y productos no metálicos .....	1.211	16.6%	6.719	24.0%
Productos químicos .....	525	7.2%	3.550	12.7%
Productos metálicos y maquinaria .....	541	7.4%	2.213	7.9%
Material de transporte .....	—	0.0%	110	0.4%
Alimentos, bebidas y tabaco .....	551	7.8%	4.050	14.5%
Textiles, cuero y calzado .....	534	7.3%	1.404	5.0%
Papel, artículos de papel e impresión .....	253	3.5%	564	2.0%
Madera, corcho y muebles de madera .....	351	4.8%	1.042	3.7%
Caucho, plástico y otras manufacturas .....	—	0.0%	1.641	5.9%
<b>SECTOR INDUSTRIAL .....</b>	<b>7.290</b>	<b>100.0%</b>	<b>27.987</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Renta Nacional de España. Banco de Bilbao. 1985.  
Elaboración propia.

CUADRO 5.13.

EN TANTOS POR CIENTO

Participación del Número de Empleos - Sector Secundario

		Industria														
ENTORNO		1955	1957	1960	1962	1964	1967	1969	1971	1973	1975	1977	1979	1981	1983	1985
ALMERIA	..	15,8	15,1	15,1	14,9	14,3	15,4	15,3	13,9	12,9	13,7	12,1	9,9	9,7	9,7	9,5
ANDALUCIA	..	16,6	16,4	16,8	17,0	17,4	17,7	18,1	18,1	18,0	18,7	18,3	16,1	16,1	16,0	15,5
ESPAÑA	..	22,6	22,7	23,5	24,6	25,8	26,2	26,2	26,5	26,6	26,9	27,1	25,6	25,5	24,5	23,7
		Construccion														
ALMERIA	..	4,8	5,5	5,8	6,1	6,5	7,2	7,7	8,4	8,1	8,9	7,9	9,5	8,6	8,9	9,0
ANDALUCIA	..	6,3	6,4	6,4	7,5	8,0	8,7	8,7	9,9	9,8	9,8	9,4	9,2	9,6	9,0	8,1
ESPAÑA	..	6,3	6,5	6,7	7,5	7,8	8,4	8,4	9,1	9,5	9,9	9,9	8,9	8,4	8,1	7,3
		- T O T A L -														
ALMERIA	..	20,7	20,6	20,9	21,0	20,8	22,7	23,0	22,3	21,0	22,6	20,0	19,4	18,3	18,6	18,5
ANDALUCIA	..	22,9	22,8	23,2	24,5	25,4	26,4	26,8	28,0	27,7	28,5	27,7	25,3	25,7	25,0	23,6
ESPAÑA	..	28,9	29,2	30,3	32,1	33,5	34,5	34,6	35,6	36,2	36,8	37,0	34,4	33,9	32,5	31,0

Fuente: Renta Nacional de España. Banco de Bilbao.  
Elaboración propia.

CUADRO 5.14

Participación en la producción ( V.A.B. ) - Sector Terciario

EN TANTOS POR CIENTO

ENTORNO	1955	1957	1960	1962	1964	1967	1969	1971	1973	1975	1977	1979	1981	1983	1985
ALMERIA ..	41,4	36,5	39,7	36,8	39,6	47,9	51,1	46,9	42,6	42,7	43,4	49,8	50,1	52,1	53,3
ANDALUCIA ..	38,8	41,0	39,8	40,0	43,5	48,4	49,4	49,0	49,3	51,1	53,5	59,0	59,7	60,6	61,6
ESPAÑA ..	41,6	40,7	40,6	40,9	42,9	46,8	47,5	49,9	49,4	51,2	53,0	57,6	59,6	59,7	61,6

Fuente: Renta Nacional de España. Banco de Bilbao.  
Elaboración Propia

**CUADRO 5.15.**

**Composición sectorial del PIB c.f. en el sector servicios,  
Almería:**

	1975		1985	
	Mil. ptas.	%	Mil. ptas.	%
Recuperación y reparaciones .....	—	0.0%	7.810	6.2%
Servicios comerciales .....	4.244	23.7%	28.719	22.9%
Hostelería y Restauración .....	—	0.0%	13.071	10.4%
Transporte y Comunicaciones .....	2.261	12.6%	14.350	11.5%
Crédito y Seguro .....	1.088	6.1%	8.902	7.1%
Alquiler Inmuebles .....	1.719	9.6%	11.524	9.2%
Enseñanza y Sanidad (Privada) .....	—	0.0%	3.721	3.0%
Otros servicios para venta (*) .....	6.194	34.6%	8.648	6.9%
Servicio doméstico .....	—	0.0%	2.054	1.6%
Servicios públicos .....	2.375	13.3%	26.503	21.2%
<b>TOTAL SERVICIOS .....</b>	<b>17.881</b>	<b>100.0%</b>	<b>125.302</b>	<b>100.0%</b>

(\*) En 1975 se incluyen, además otros servicios no especificados.

**Fuente: Informe económico de la Provincia de Almería.  
1988**

CUADRO 5.16.

Participación del número de empleos - Sector Terciario

EN TANTOS POR CIENTO

ENTORNO	1955	1957	1960	1962	1964	1967	1969	1971	1973	1975	1977	1979	1981	1983	1985
ALMERIA ..	22,0	23,9	24,3	25,5	27,8	27,8	30,4	30,4	33,3	31,6	34,3	36,7	39,5	43,2	47,0
ANDALUCIA ..	22,8	24,8	26,8	28,4	29,5	33,1	34,5	35,9	38,7	40,8	42,7	45,9	47,5	52,4	55,2
ESPAÑA ..	26,2	28,3	29,2	30,7	31,7	34,3	36,0	37,0	39,0	40,3	41,7	45,2	47,7	50,6	52,5

Fuente: Renta Nacional de España. Banco de Bilbao.  
Elaboración Propia



CUADRO 5.17.

Evolución de las licencias comerciales en el periodo 1.979-1.987 (número de licencias y porcentaje de distribución):

ENTORNO	MAYORISTAS			MINORISTAS			TOTAL		
	1979	1987	% variac.	1979	1987	% variac.	1979	1987	% variac.
ALMERÍA Porcentaje	1087 14,76	1898 19,04	74,6	6279 85,24	8070 80,96	28,5	7366 100,00	9968 100,00	35,3
ANDALUCÍA Porcentaje	14347 11,50	26722 16,41	86,3	110399 88,50	136084 83,59	23,3	124746 100,00	162806 100,00	30,5
ESPAÑA Porcentaje	121343 14,53	181128 18,74	49,3	713752 85,47	785540 81,26	10,10	835095 100,00	966668 100,00	15,8

Fuente: Anuario Mercado Español, 1.989. Banesto  
Elaboración propia.

**CUADRO 5.18.**

Evolución del movimiento de viajeros en alojamientos hoteleros. Almería:

AÑOS	Nº DE VIAJEROS			Nº DE PERNOCTACIONES		
	Nacionales	Extranjeros	Total	Nacionales	Extranjeros	Total
1966	44.267	28.884	71.151	139.824	82.826	222.650
1976	204.951	51.115	256.066	697.206	388.203	1.085.409
1986	207.670	113.470	321.140	661.353	968.513	1.629.866
1988	224.068	137.403	361.471	757.630	1.217.497	1.975.127

Fuente: Informe económico de la Provincia de Almería.  
1988

## 2.- La enseñanza.

Comprende desde la Enseñanza General Básica, obligatoria, hasta las Enseñanzas Universitarias, con especial relevancia a estas últimas, dándose una matrícula impensada en la Provincia de Almería. La prospectiva de matrícula universitaria es para el curso 1.989-90 de tres mil; para el curso 1.990-91 cuatro mil matriculados. Subrayamos lo universitario como exponente y estímulo de las demás fases educativas inferiores, así como signo patente del cambio acelerado socio-cultural almeriense y de su desarrollo económico.

### 2.1.- La Primaria y la Media.

La Estadística de estas enseñanzas, años 1940-1970, patentiza el incremento a través de los años reseñados. (1)

CURSOS	E.G. BASICA	ENSEÑANZA MEDIA
1940-1941	28.770	1.309
1950-1951	43.158	2.008
1960-1961	40.231	3.455
1970-1971	50.964	12.272

### 2.2.- La Enseñanza General Básica, el Bachillerato Unificado Polivalente y la Formación Profesional.

Los años 1980-1987. y en especial en el Curso 1986-1987, manifiestan la tendencia a incrementar las cifras de manera sostenida, aun cuando el control de natalidad disminuye los nacimientos. La variable, aumento de población almeriense, parece ser interviniente en la población escolar.

	E.G.B.	B.U.P.-C.O.U.	FORM. PROF
1980-1981	66.677	10.903	4.622
1981-1982	68.226	11.153	4.941
1982-1983	69.271	10.069	5.234
1983-1984	70.183	11.470	5.581
1984-1985	71.016	11.738	6.077
1985-1986	70.630	12.575	6.264
1986-1987	73.644	13.606	6.755

En el curso 1986-1987 se dan las cifras más altas en los niveles: E.G.B. 73.644 alumnos; BUP-COU: 13.606; FP: 6.755. Los más próximos a la Enseñanza Universitaria, BUP-FP, totalizan 19.361 alumnos. (2)

Según datos de la Delegación de Educación y Ciencia en Almería, sexto de educación general básica (EGB) es el curso escolar que tradicionalmente registra un mayor porcentaje de suspensos, con aproximadamente un 40% del total de alumnos. Entre los estudiantes toxicómanos se da especialmente el abandono de estudios por el fracaso escolar. Fuente: La Voz de Almería (8-05-1.991, Pág.10) Autor: Martín, A.

### 2.3.- Estudios Universitarios.

El modelo Universitario almeriense.

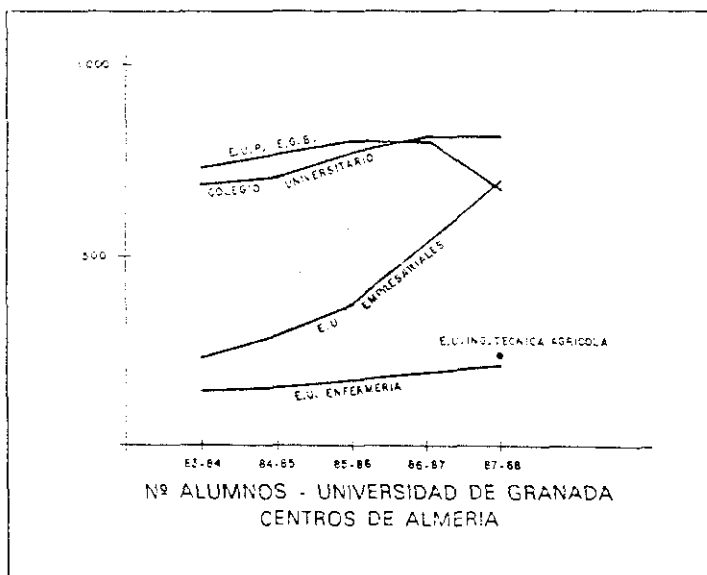
El año 1970 marca un hito. La Ley General de Educación abre a las provincias que no poseen Universidad una posibilidad de futuro.

En nuestra provincia son dos las acciones en que se manifiesta: la conversión de Escuelas Profesionales - Magisterio, Comercio y Enfermería- en Escuelas Universitarias, integradas las dos primeras; adscrita la tercera, a la Universidad de Granada. Gracias a la acción impulsora de la Diputación y del Ayuntamiento, se crea el Colegio Universitario. En el curso académico 1987/88, la Escuela Universitaria de Ingeniería Técnica Agrícola viene a sumarse a los Centros ya existentes.

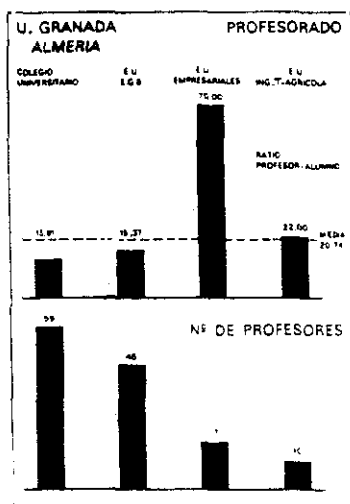
En 1981, se crea un Centro Asociado de la UNED, con el fin de facilitar el acceso a estudios universitarios de aquellas personas que por causa de trabajo, u otros motivos, no pudieran desplazarse a Centros Universitarios fuera de la provincia.

La dinámica constitucional, las Autonomías y la Ley Orgánica de Reforma Universitaria, junto con el amplio movimiento popular, a través de su participación en los centros de dirección y opinión, producen en la Sociedad Almeriense un efecto revulsivo, no conformista con la situación universitaria actual.

### 2.3.1.- Alumnos Universidad de Granada.



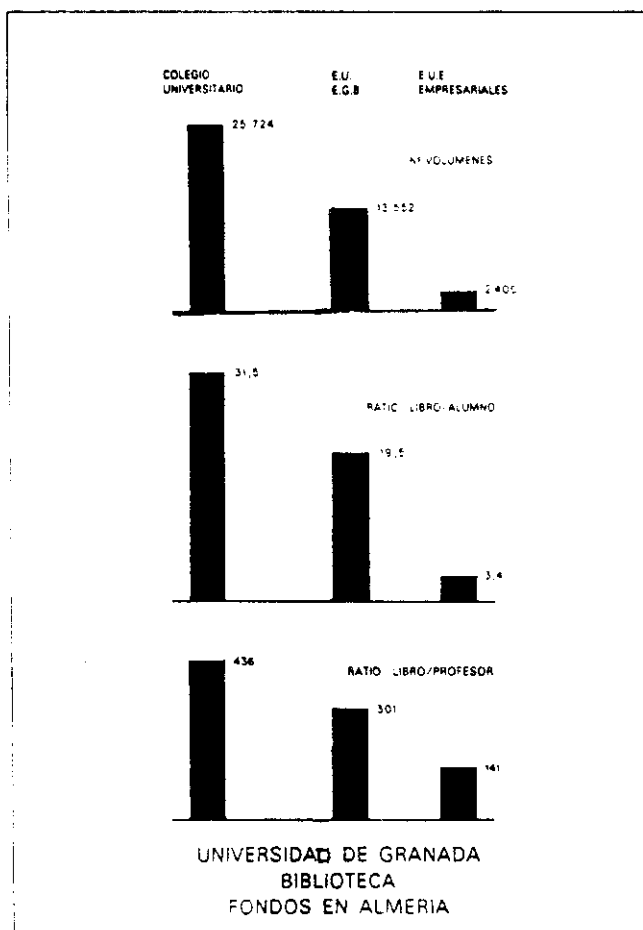
2.3.2.- Universidad de Granada. Profesorado de Almería.



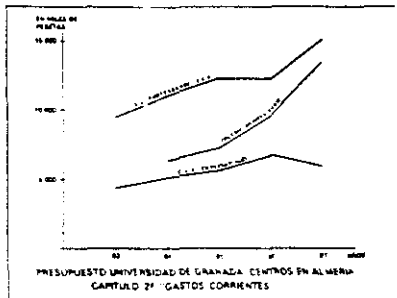
2.3.3.- Universidad Nacional de Educación a Distancia (U.N.E.D.). Centro Asociado de Almería.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA U.N.E.D. CENTRO ASOCIADO DE ALMERIA					
Nº ALUMNOS POR CARRERAS					
CURSO/CARRERA	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88
Derecho	249	271	266	326	380
C. Económicas	57	37	33	41	37
C. Empresariales	54	43	49	62	70
C. Educación	—	56	97	117	94
Psicología	—	—	—	—	70 (1)
C. Matemáticas	—	—	—	—	12 (2)
Ingenieros Industrial	—	—	—	—	13 (2)
C. Políticas	—	—	—	—	13 (3)
C. Sociológicas	—	—	—	—	21 (3)
TOTAL	360	407	445	546	710
NOTAS: (1) Primer y segundo Cursos y Adaptación (2) Primer Curso y Adaptación (3) Primer Curso					

2.3.4.- Universidad de Granada. Biblioteca.  
Fondos en Almería.



Presupuesto Universidad de Granada.  
Centros de Almería.



Universidad de Granada. Estudios que realizan los alumnos en Almería.

UNIVERSIDAD DE GRANADA

CURSO 1987-1988

# ALUMNOS RESIDENTES EN ALMERIA Y ESTUDIOS QUE REALIZAN EN ESTA UNIVERSIDAD

FACULTADES	ALMERIA	FUERA	TOTAL
1 Derecho .....	—	529	529
2 Filología .....	21(1)	406	616
3 C. Educación .....	202 (1)	328	529
4 Geografía e Historia .....	102 (1)	166	268
5 Farmacia .....	—	250	250
6 C. Biológicas .....	17 (2)	162	179
7 C. Químicas .....	56 (1)	59	115
8 Medicina .....	—	104	104
9 C. Matemáticas .....	35 (1)	53	98
10 Bellas Artes .....	—	62 (5)	62
11 C. Físicas .....	—	53	53
12 C. Geológicas .....	—	35	35
13 Ciencias ETS .....	—	31 (3)	31
14 Odontología .....	—	15 (4)	15
TOTAL .....	622 (E 92)	2.666 (B 08)	3.288 (100)
(1) - En Almería sólo 1º Ciclo .....	(4)	Solamente 2 Cursos	
(2) " " " " solo 1º Curso .....	(5)	" " " 3 Cursos	
(3) - Solamente 1º Curso .....			
ESCUELAS UNIVERSITARIAS	ALMERIA	FUERA	TOTAL
1 Empresariales .....	656	223	879
2 Profesorado E.G.B. ....	641	66	727
3 Enfermería .....	205	27	232
4 Arquitectura Técnica .....	—	219	219
5 Informática .....	110 (1)	102	212
6 Ing. Técnica Agrícola .....	190	—	190
7 Ing. Tecnica Industrial .....	—	158	158
8 Trabajo Social .....	—	141	141
9 Biblioteconomía .....	—	101	101
10 Traductores e Intérpretes ...	—	64	64
TOTAL .....	1.802 (E 1 65)	1.121 (B 35 35)	2.923 (100)
(1) - Solamente 2 Cursos .....			
TOTAL FAC .....	622	2.666	3.288
TOTAL E.U. ....	1.802	1.121	2.923
TOTAL .....	2.424 (A0)	3.787 (B0)	6.211 (100%)



**2.3.7.- Carreras que se imparten actualmente en Almería.**

**CARRERAS QUE SE IMPARTEN EN ALMERIA**

**UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**COLEGIO UNIVERSITARIO**

- Filología 3 cursos
- Ciencias de la Educación 3 cursos
- Geografía e Historia 3 cursos
- Ciencias Matemáticas 3 cursos
- Ciencias Químicas 3 cursos
- Diplomatura de Informática 2 cursos Programado 3º curso
- Ciencias Biológicas 1 curso

**E.U. DE ESTUDIOS EMPRESARIALES**

- *Diplomatura de Ciencias Empresariales*
- *Diplomatura de Informática de Gestión*

**E.U. DE PROFESORADO DE E.G.B.**

- *Diplomatura Profesorado de E.G.B. en Ciencias*
- *Diplomatura Profesorado de E.G.B. en Ciencias Humanas*
- *Diplomatura Profesorado de E.G.B. en Filología*
- *Diplomatura Profesorado de E.G.B. en Educación Preescolar*

**E.U. DE ENFERMERIA**

- *Diplomatura de Enfermería*

**E.U. DE INGENIERIA TECNICA AGRICOLA**

- Solo 1º curso (común)
- Programadas las especialidades de:
  - Explotaciones Agropecuarias
  - Hortofruticultura y Jardinería
  - Industrias Agrícolas

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACION A DISTANCIA**

- *Licenciatura en Derecho*
- *Licenciatura en Ciencias Económicas*
- *Licenciatura en Ciencias Empresariales*
- *Licenciatura en Ciencias de la Educación*
- *Psicología 1º, 4º y adaptación \**
- *Ciencias Matemáticas. 1º y adaptación \**
- *Ingeniero Industrial. 1º y adaptación \**
- *Ciencias Políticas. 1º \**
- *Ciencias Sociológicas. 1º \**

\* Programado continuar ampliando cursos en años próximos.(1)

#### 2.3.7.7.- Tres nuevas facultades para Almería.

El actual Colegio Universitario se transformará en dos Facultades: Ciencias Humanísticas y Ciencias Experimentales. Una tercera, la de Ciencias Económicas y Jurídicas, comienza a funcionar en el curso 90/91. Otra importante mejora: la formalización de las carreras completas de Derecho, Química Agrícola y Filología Hispánica a partir del mes de Octubre, 1989 (4).

### 3.- Salud y enfermedad

#### 3.1.- Planificación Familiar.

Con respecto al programa de Planificación Familiar, el número de consultas actualmente en funcionamiento, son 20, de las cuales, 3 son consulta de 2º nivel. Durante el año 1988, se ha realizado la contratación de personal médico para cubrir dos consultas. Una de 2º nivel, situada en el ambulatorio de San Leonardo, en Almería capital, que había quedado vacante, y otra consulta tipo siete, de nueva creación, que integra un 1º y 2º nivel en la zona de El Ejido, quedando pendiente la contratación de un A.T.S., para atender dicha consulta.

Se ha realizado asimismo, una nueva reestructuración del ámbito poblacional que recoge las consultas de nivel 1º y su derivación a los centros de 2º nivel correspondiente.

A nivel hospitalario, existen dos centros de 3º nivel, uno ubicado en la zona norte en el hospital de Huerca-Overa, donde se realizan actividades de 2º y 3er nivel. En este 3er nivel las intervenciones quirúrgicas desarrolladas a lo largo de 1988, son: 37 vasectomías, sin lista de espera; IVE, 9; y 64 ligaduras tubáricas con 3 meses de lista de espera. El otro centro de 3er nivel, se localiza en el Hospital Provincial en Almería, existiendo una clara desconexión con otros niveles de planificación familiar. No se recibe registro de las actividades realizadas en dicho centro, aunque existe constancia de listas de espera para la realización de vasectomías y ligaduras de trompas, más acentuada en esta última prestación quirúrgica.

En cuanto a la evaluación de los datos correspondientes al año 1988, se ha continuado en la misma línea, con una cobertura que ha alcanzado a un 3.01% de la población susceptible, resultando una cobertura acumulada del 15.3%.

### Consultas

Total Visitas	16.939	Total riesgos	646
Total 1ª Visita	3.008	Cobertura Riesgo	21,47
% 1ª Visita	17,7%	Total Peticiones Citológicas	2.550
(*) Cobertura General	3,01%	Resultados Positivos	20
(*) Cobertura General	59,71%		0,78%

(\*) Cobertura General.- % de 1ª visita sobre estimación total de mujeres en edad fértil.

(\*) Cobertura eficaz.- % de mujeres en 1ª visita que no utilizaban DIU o método hormonal.

Aunque ha aumentado el nº de vasectomías, y mantenido el de bloqueos tubáricos, sigue habiendo lista de espera.

### Métodos Anticonceptivos

Método	Total	%
Natural	62	0,7
Barrera	510	6,1
Hormonal	5.694	68,8
D.I.U.	1.055	12,7

### Técnicas Quirúrgicas Indicadas

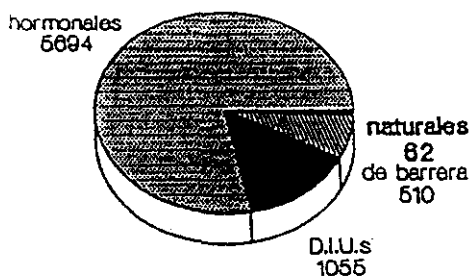
Método	Total	%
I.V.E.	37	2,34
Esterilización Femenina	599	7,2
Esterilización Masculina	351	4,2
D.I.U.	1.055	12,7

Porcentaje de Derivaciones

Destino	%
Trabajo Social	0,20
Psicólogo	0,12
Ginecólogo	1,09
Hospital	3,83

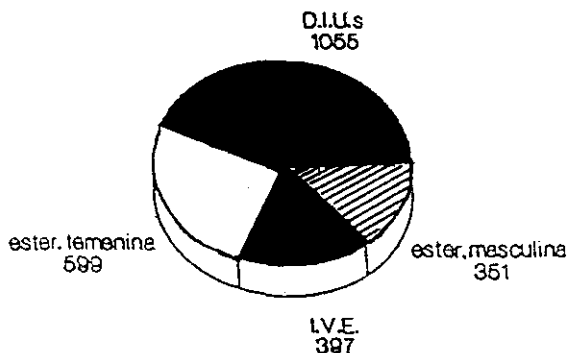
# PLANIFICACION FAMILIAR

## métodos anticonceptivos indicados



(no se incluyen met. irreversibles)

## técnicas quirúrgicas indicadas.



I.V.E.=Interrupción vol. embarazo

### 3.2.- Programa de Lepra

En la actualidad el censo de enfermos controlados en la Provincia de Almería es:

Nº de Enfermos.....	121
Prevalencia.....	0'281
Emigrados.....	38
Defunciones.....	3
Nuevo Diagnostico.....	2
Residencia Desconocida.....	26

Varones : 63 - 52,1 %

Hembras : 58 - 47,9 %

Los enfermos son atendidos por el Trabajador Social en la Delegación de Salud y Servicios Sociales de Almería. Por la Junta de Andalucía y, según previsiones del Servicio Andaluz de Salud, se desea una paulatina integración de los enfermos de lepra en la Red Asistencial de la Seguridad Social, siendo uno de los Programas a llevar a cabo la no separación en los Centros de Salud.

Todo esto, según mi opinión y experiencia del trato con los enfermos, planteará algunos problemas. El más importante es el propio "enfermo". Una mayoría de enfermos de Hasen, se resisten a que su Médico del Pueblo conozca la enfermedad que padece ante el miedo al rechazo familiar; en otros casos miedo que sus vecinos conozcan la enfermedad que padece. En este aspecto del trato de los enfermos con su Médico y A.T.S., se han dado pasos positivos.

"El leproso tiene una doble marginación: pertenece a un grupo marginal y por otro tiene la lepra, lo que le lleva a automarginarse de una vez por todas" afirma el doctor Fernández Miranda.

#### Censo de Habitantes de hecho por distritos y enfermos:

<u>Distritos</u>	<u>Habitantes</u>	<u>Enfermos</u>
<u>Centro</u> .....	51.118	15
<u>Roquetas</u> .....	38.070	10
<u>Levante</u> .....	62.193	13

<u>Distritos</u>	<u>Habitantes</u>	<u>Enfermos</u>
<u>A. Almanzora</u> .....	45.281	..... 3
<u>Poniente</u> .....	77.697	.....16
<u>Almería</u> .....	174.233	.....64

$$\text{Tasas de Prevalencia} = \frac{\text{Nº Habitantes} \times 1.000}{\text{Número habitantes}}$$

Por Distritos:

- Centro:.....	0,293
- Roquetas:.....	0,263
- Levante:.....	0,209
- Alto Almanzora:.....	0,066
- Poniente:.....	0,206
- Almería:.....	0,396

Global Provincial: 0,281

#### INCAPACIDADES (CLASIFICACION OMS)

##### Manos:

1.- Mano insensible: .....	15 (12,4%)
2.- Ulcera/Garra Móvil/Mutilación leve: ..	27 (22,3%)
3.- Muñeca caída/dedos rígidos/Grave: ....	12 ( 9,9%)
Total incapacidad Manos: .....	54 (44,6%)

##### Pies:

1.- Pie insensible: .....	22 (18,2%)
2.- Perforante/Pie caído/Mutilación leve: ..	38 (31,4%)
3.- Contractura/Mutilación Grave: .....	9 ( 7,4%)
Total incapacidad Pies: .....	69 (57,0%)

##### Ojos:

1.- Inflamación conjuntival: .....	43 (35,5%)
2.- Lagofthalmos/inflamación globo ocular: ..	15 (12,4%)
3.- Pérdida grave visión/Ceguera: .....	6 ( 4,9%)
Total incapacidad ojos: .....	64 (52,9%)

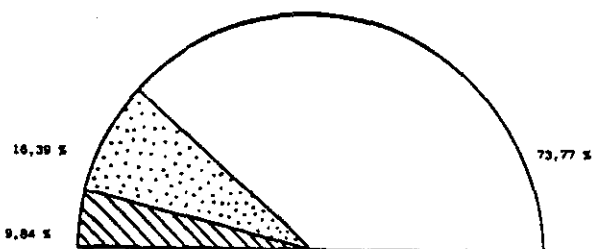
Pacientes con bacteriología positiva: ..... 19 (15,7%)

Tratamiento: -Monoterapia: .....	85 (70,2%)
-Multiterapia: .....	36 (29,8%)

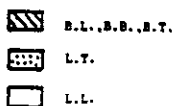
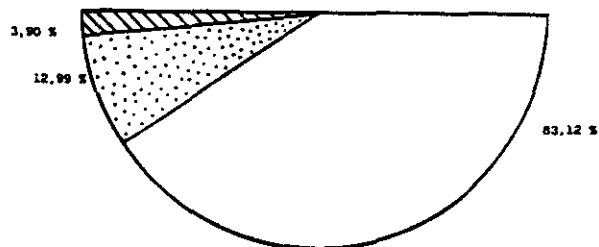


# DISTRIBUCION POR FORMAS CLINICAS Y SEXO

## MUJERES



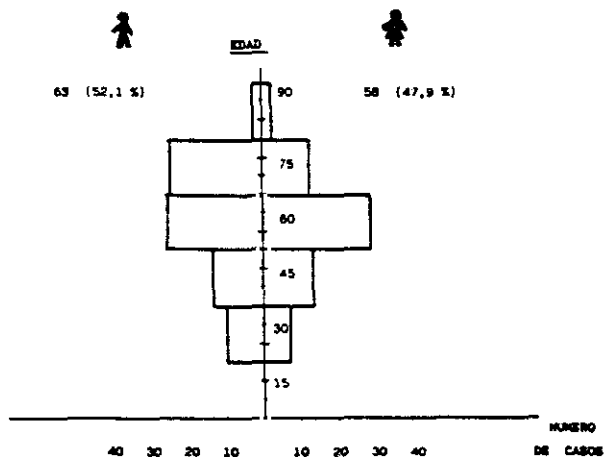
## VARONES



# DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

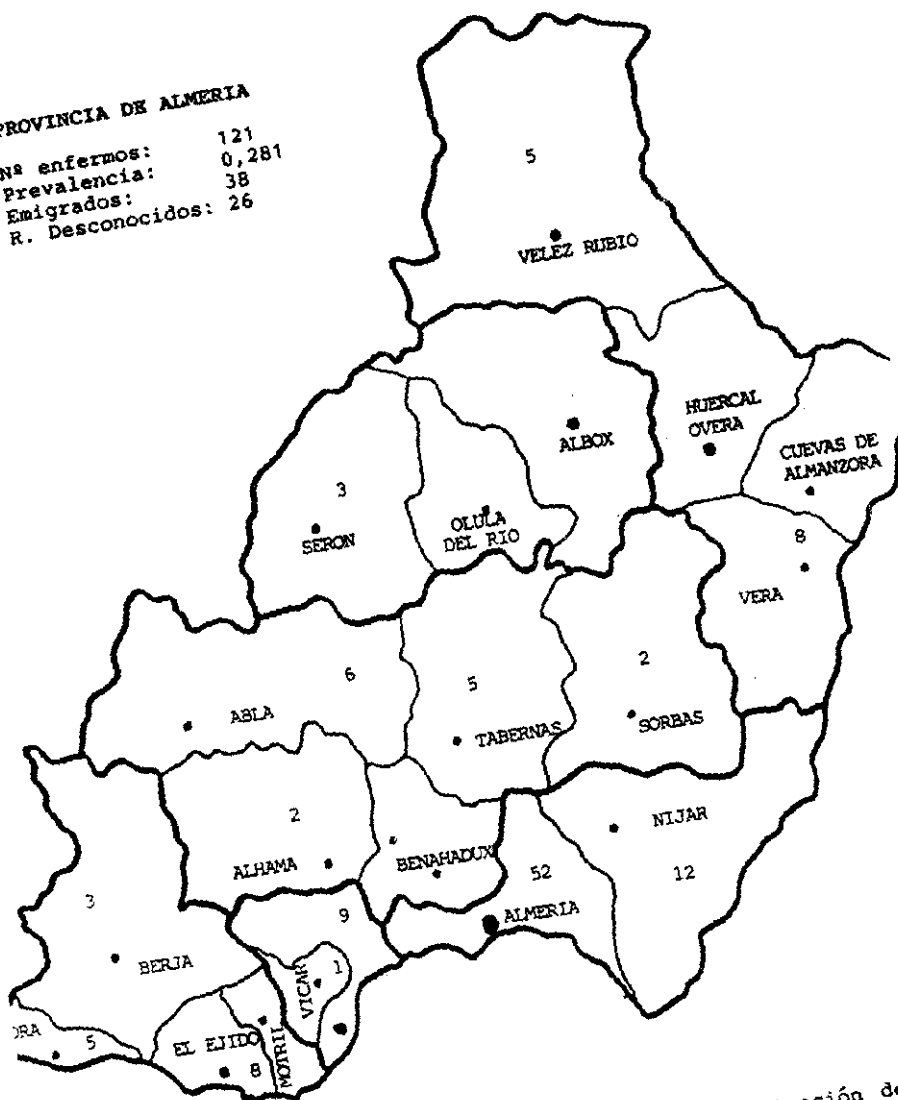
## VARONES

## MUJERES



# PROVINCIA DE ALMERIA

Na enfermos: 121  
 Prevalencia: 0,281  
 Emigrados: 38  
 R. Desconocidos: 26



Fuente: Estudio del Dr. Fernández Miranda: Situación de poblaciones y número de pacientes.

Forma clínica	L.L.	B.L.	B.B.	B.T.	L.T.	Total
Número de casos	96	4	3	5	13	121
Porcentaje (%)	79,3	3,4	2,5	4,1	10,7	100

Siglas: L.L. = Lepra lepromatosa.  
 B.L. = Borderline - lepromatosa.  
 B.B. = Borderline - borderline.  
 B.T. = Borderline - tuberculosa.  
 L.T. = Lepra tuberculoide.

#### CATEGORIAS CENSALES

1. Enfermos en control y tratamiento.
2. En vigilancia sin tratamiento.
3. En rebeldía (definitivos y en revisión).
4. Residencia desconocida.
5. Emigrados.
6. Transferidos a otras provincias.
7. Hospitalizados permanentes.
8. Altas por curación.
9. Fallecidos.

Prevalencia: resultado de la fórmula :

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{enfermos}}{\text{N}^{\circ}\text{habitantes}} \times 1000$$

#### Protocolización lepra en Andalucía

1. Sistema de Registros. ficha individual informatizada.
2. Historia clínica especialista dermatológica.
3. Ficha resumen para atención primaria.
4. Índices bacteriológico y morfológico.
5. Tratamiento.
6. Quimioprofilaxis convivientes.
7. Signos de actividad.
8. Criterios de incapacidades.
9. Criterios de alta para enfermos y convivientes.

### Conclusiones.

1. Caída sostenida de las tasa de prevalencia.
2. Disminución de las tasa de incidencia (casos nuevos por año).
3. Envejecimiento progresivo de la población afecta. Aumento edad media.
4. Distribución urbana y afectación estratos sociales marginales.
5. Necesario equipo trabajo permanente.
6. Posible erradicación a medio plazo..

\* ALMERÍA, la tercera Provincia de España en número de leprosos.  
Primera: Jaén. Segunda: Málaga.

\* ANDALUCIA, la Primera Autonomía en número de leprosos.

\* ESPAÑA, la Primera en la Comunidad Europea de los doce.

Hasta aquí el Dr. Fernández Miranda, Ramón. (6)

\* EL TRACOMA, enfermedad endémica, engendro de ciegos en Almería. Según testimonio de la Dra. Carretero García, M.A. está estadísticamente erradicada.(7)

### Area Toxicológica

Procedentes del Centro de Drogodependencia se han realizado análisis a 1.364 muestras de Orina a las que se les ha determinado los parámetros siguientes:

- Opiáceos.
- Metadona.
- Cocaína.
- Cannabinoides.

### Control de calidad de drogas de abuso.

El laboratorio ha intervenido en el Programa de Control de Calidad de Drogas de Abuso durante el año en curso con tres lotes, de 6 muestras cada uno, a los que se les han determinado:

- Opiaceos.
- Metadona.
- Cocaína.
- Cannabinoides.
- Benzodiacepinas.

#### \* Alcoholemia:

Determinación de Alcohol en Sangre: 41 muestras.

#### \* Certificados médicos:

Se han realizado 520 análisis de sangre para expedir certificados médicos.

#### \* Lociones antiparasitarias:

Se han realizado 105 litros.

### 3.3.- Laboratorio

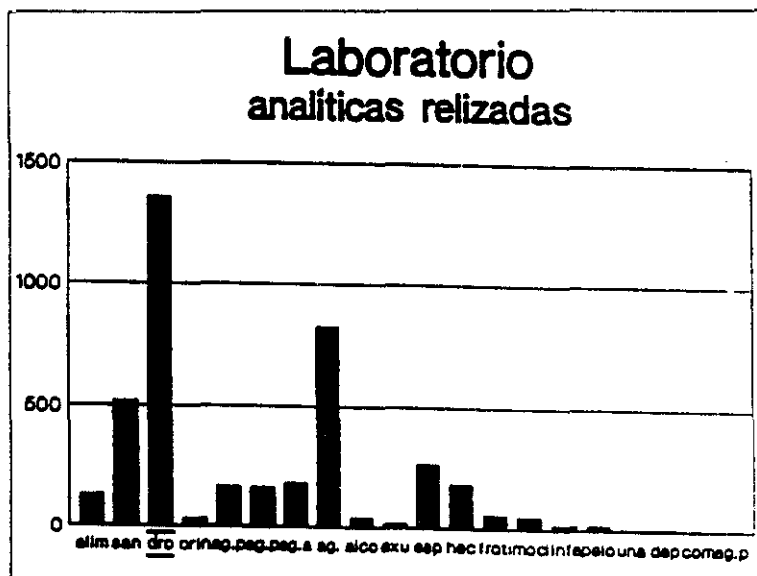
Resumen estadístico de los trabajos realizados en el laboratorio de la Delegación Provincial del SAS (Servicio Andaluz de Salud) de Almería. Memoria 1.988. (5)

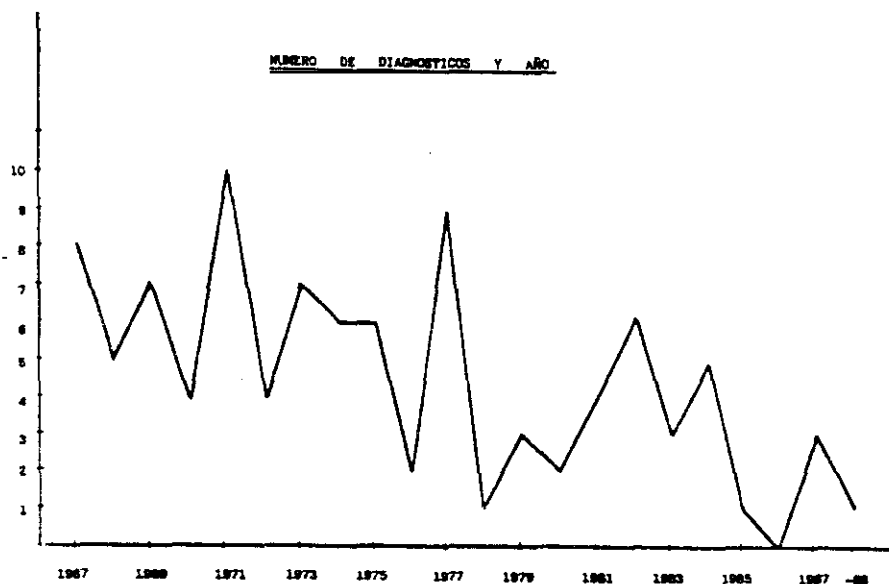
Alimentos .....	131
Sangre .....	520
Orina Droga .....	1.364
Orina .....	34
Agua de Programa .....	169
Agua de Pesticidas .....	166
Agua de Abast. ....	184
Agua de Mar .....	828
Alcoholemia .....	41
Exudados .....	18
Espustos .....	267
Heces .....	185
Frotis F .....	59
Moco nasal .....	53

Linfá .....	19
Pelos y Escamas .....	19
Uñas .....	5
Depuradora .....	9
Residuos de comida .....	1
Agua de piscina .....	1
<b>TOTAL muestras recibidas .....</b>	<b>4.070</b>
<b>Líquido Antiparasitario entregado a colegios.....</b>	<b>105</b>

A las 4.070 muestras que han entrado en el laboratorio se les ha hecho los siguientes análisis:

Fis. Q. ....	731
Bact. ....	1.964
Clin. ....	1.504
Toxicológicos .....	256
<b>TOTAL análisis realizados .....</b>	<b>4.455</b>





### 3.4.- Atención a la Salud Mental.

La Reforma Psiquiátrica pretende ofrecer a la población andaluza un moderno sistema de atención a los problemas de salud mental.

Si en el pasado los recursos casi exclusivos con los que contaba eran HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS y CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUROPSIQUIATRÍA de la Seguridad Social, hoy estas dos instituciones prácticamente han dejado de ser utilizadas. Ni los primeros, ni las segundas -inadecuados por sus condiciones de funcionamiento- están a la altura de lo que exige hoy un Servicio Psiquiátrico eficaz.

### 3.4.1.- Nuevos Servicios para la atención a la Salud Mental.

En estos momentos cualquier andaluz que necesite ser atendido por un problema de salud mental, debe acudir al sistema sanitario al igual que lo hace para cualquier otro problema de salud, es decir, tendrá que acudir al EQUIPO BASICO DE ATENCION PRIMARIA, que constituye el primer referente del sistema para cualquier problema de salud y, por lo tanto, también para los de salud mental.

#### 3.4.1.1.- Equipo de salud mental de distrito.

Es el núcleo de la red de dispositivos de atención a la Salud Mental, por ser el más general y cercano a la población. Está formado por distintos profesionales que colaboran en la atención a los problemas de la salud mental no solucionables por el médico de cabecera, tanto ambulatoriamente como desplazándose hasta el domicilio del paciente, según los casos. Presta directamente atención psicoterapéutica y farmacológica a la vez que asesora a los Equipos Básicos de Atención Primaria. Desde él se accede a los otros servicios de mayor especialización que constituyen la red de atención a la Salud Mental.

Ambito de Actuación: distrito sanitario de Atención Primaria. Ubicación: en la cabecera del Distrito de Atención Primaria. Modo de acceso: a través del Médico de Cabecera (Equipo básico de atención primaria). Jornada asistencial : de 8 a 15 horas, de lunes a viernes.

#### 3.4.1.2.- Unidad de Salud Mental del Hospital General.

Es un dispositivo para la hospitalización de aquellos enfermos mentales que sufren crisis o períodos de descompensación, durante los cuales resulta desaconsejable su permanencia en la comunidad. La Unidad, compuesta por un Equipo multiprofesional, contribuye a reestablecer su equilibrio en el período más breve posible, facilitando el retorno del paciente a su medio habitual. En él, podrá continuar el tratamiento bajo control de su médico de cabecera y/o del equipo de salud mental de su distrito.

Al mismo tiempo, el Equipo de la Unidad se hace cargo mediante interconsultas y otras actividades, de la atención a problemas de salud mental presentes en otros



servicios del Hospital.

Ubicación : en un Hospital general.

Modo de acceso: a través del Equipo de Salud Mental de Distrito o de las Urgencias del Hospital.

Jornada asistencial: las 24 horas del día, todos los días.

Atención a urgencias: Fuera del distrito de funcionamiento de los equipos de Distrito, el Hospital General, que cuenta con unidad de salud mental, dispone además de un Turno de Guardias Psiquiátricas que atiende problemas urgentes de Salud Mental, como una prestación más de su servicio de urgencias.

#### 3.4.1.3.- Unidad de Salud Mental Infantil

Es el dispositivo específico para la atención a la población infantil y juvenil que presenta problemas psíquicos, cuya complejidad no puede ser resuelta directamente por los Equipos de Distrito.

Los profesionales que integran la Unidad, asesoran al resto de los dispositivos a la vez que atienden los problemas de salud mental de los niños ingresados en otros servicios hospitalarios".

#### 3.4.1.4.- Unidad de rehabilitación de área.

Es una Unidad que atiende a enfermos mentales con limitaciones funcionales. Elabora y aplica programas individualizados de entrenamiento en habilidades sociales y otros aspectos, para conseguir la resocialización e integración de los enfermos en su medio natural. Actúa cuando la complejidad del problema sobrepasa las posibilidades de los Equipos de Distrito, a los que sirve de apoyo.

Establece, además, la conexión con los otros programas ocupacionales y residenciales del área de Servicios Sociales.

Modo de acceso: a través del Equipo de Salud Mental. También directamente desde el Hospital Psiquiátrico, como estructura intermedia en algunos programas de desinstitucionalización.

Jornada asistencial: en régimen de Centro de día,  
de lunes a viernes.

#### 3.4.2.- Area funcional de Almería.

Población: 454.304 Hab.  
Ambito Territorial: Provincia de Almería.

#### Equipos de Distrito y Unidades de Salud Mental

Equipos	Coordinador	Dirección
Alto-Almanzora...	Psiquiatra....	Crta. de la Estación s/n.
<u>ALBOX</u>		
Poniente.....	Psicóloga....	Crta. de Málaga s/n. <u>EL</u>
<u>EJIDO</u>		
Centro.....	Psiquiatra....	2ª planta "Bola Azul".
<u>ALMERÍA</u>		
Almería.....	Psiquiatra....	2ª planta "Bola Azul".
<u>ALMERÍA</u>		
Levante.....	Psiquiatra....	Crta. de la Estación s/n.
<u>ALBOX</u>		
Roquetas.....	Psiquiatra....	Casa de la Juventud
<u>ROQUETAS</u>		c/ Cid, s/n.

#### U n i d a d e s

- Unidad de Salud Psiquiátrica-Mental Infanto-Juvenil.  
ALMERÍA, "Bola Azul", 2ª planta.
- Unidad de Salud Mental      Hospital Torrecárdenas 1.  
   Hospital Torrecárdenas 2  
   ALMERÍA
- Unidad de Rehabilitación de Almería  
c/Jacinto Benavente, 31 ALMERÍA

### 3.4.3.- La Reforma Psiquiátrica Aplicada en Almería.

Cito los párrafos "ad pedem literae" y datos tomados de la "Memoria-1988" facilitada por el Instituto Andaluz de Salud, Gerencia Provincial de Almería.

#### 3.4.3.1.- Experiencia innovadora.

"Si el año 1,987 significó en Almería la creación de nuevos dispositivos, dando un cambio muy importante a la orientación de la atención a la Salud Mental centrándola en la Comunidad -Equipos de Salud Mental de Distrito- y no en el Hospital, 1.988 ha sido el año de la consolidación de estos Servicios en un doble sentido:

- a) Adaptación de los profesionales al trabajo en equipo multidisciplinario encontrando cada uno procesualmente su rol dentro del Equipo.
- b) Puesta en marcha de soluciones creativas para adecuar la demanda y actividades de cada Equipo según su nivel de actuación y su objetivo de trabajo.

Por otra parte los mecanismos de coordinación entre los diversos Equipos se han regularizado, posibilitando resolver problemas de pacientes especialmente difíciles con el concurso de todos los niveles de atención.

#### 3.4.3.2.- Residencia Asistida

Mención aparte merece Residencia Asistida, en donde se han aumentado si no en gran cantidad sí en calidad los recursos humanos con la adscripción de un médico y un psicólogo lo que ha posibilitado por fin comenzar a actuar por programas.

El primer gran problema que nos encontramos fue la falta de hábitos de trabajo en equipo en su doble vertiente interdisciplinar e intradisciplinar, por lo que las actuaciones eran muy individualizadas y poco cohesionadas, perdiendo de vista el tratamiento global y continuado del paciente.

Sí creemos que en 1.988 la tensión derivada, siempre, en cualquier proceso de cambio, se ha disuelto, siendo sustituida por una resolución adecuada de los problemas cotidianos que el trabajo en Salud Mental, centrado en la Comunidad y mediante un equipo multidisciplinar presentan.

Partimos del hecho real de que Residencia Asistida cuenta con 116 pacientes de los cuales 51 son mujeres y 65 hombres.

Están distribuidos en 6 Unidades:

2 de mujeres: U. IX - XI - XIII = 50 pacientes  
2 de hombres: U. X - XII = 50 pacientes  
1 enfermería = 16 pacientes.

Cada unidad tiene habitaciones de 4 a 6 camas a excepción de enfermería, donde se cuenta con 4 habitaciones individuales y 3 colectivas y con un total de 16 camas.

#### 3.4.3.3.- La distribución de los pacientes por unidades, sexo, edades y patologías.

1) U. IX - XI - XIII : mujeres      TOTAL: 50 pacientes  
    edad media: 61,6 años      RANGO: 18 - 98 años

a) Mayor de 65 años: 29      58% de los internados

##### PATOLOGIAS

- Esquizofrenia defectual	24,1%
- Demencias	24,1%
- Retrasos mentales	20,7%
- Asilados	10,3%
- Orgánicos	6,9%
- Otras psicopatías	13,8%

b) Menor de 65 años: 21      42% del total

- Esquizofrenias defectuales	14,2%
- Demencias	4,8%
- Retrasos mentales	61,9%
- Epilepsias + R. Mental	14,2%
- Otras psicopatologías	4,8%

c) Entre 60 y 65 años : 2 pacientes  
Incluidos en el apartado de menores de 65 años.

- 2) U. X - XII : Hombres                      TOTAL: 50 pacientes  
 edad media: 52,6 años                      RANGO: 21 a 87 años
- a) Mayor de 65 años: 10                      20% de los internados  
 PATOLOGIAS
- Esquizofrenia residual                      80%
  - Retraso mental                              10%
  - Otras psicopatologías                      10%
- b) Menor de 65 años: 40                      80% de los interesados
- Retraso mental                              42,5%
  - Epilepsia + R. Mental                      20%
  - Esquizofrenia Residual                      30%
  - Demencia                                      5%
  - Otras    2,5%
- c) Entre 60 y 65 años : 9 pacientes  
 Incluidos en el apartado de menores de 65 años.
- 3) U. ENFERMERIA:                              TOTAL PACIENTES: 16  
 mixta: mujeres-hombres  
 EDAD MEDIA: 79,5 años                      RANGO: 62 a 102 años

#### 3.4.3.4.- Personal Técnico

El número de profesionales que atienden a estas unidades y pacientes es de 56 personas distribuidas de la siguiente forma:

- 43 Auxiliares de Clínica
- 5 Religiosas que cumplen funciones de Auxiliares
- 4 A.T.S. o D.U.E.
- 1 supervisora
- 1 Asistente social
- 1 Médico
- 1 Psicólogo desde el 28-XII-88

La situación del servicio, desde hace años, en cuanto a personal es bastante deficiente, estando compuesto casi exclusivamente por Auxiliares de Clínica que gracias a su profesionalidad y buen hacer han conseguido que los cuidados y la atención a las personas internadas haya sido la mejor posible. Es desde hace aproximadamente dos años que de una forma progresiva se han ido incorporando los diferentes técnicos medios y superiores, hasta la última

adquisición, a finales de Diciembre del 88, del psicólogo. (Memoria, 1988).

Estimamos de especial relevancia los Servicios de Atención a la Salud Mental, situados en Almería Ciudad, con disponibilidad permanente, en el Centro vulgarmente conocido por "Bola Azul", c/ Crta. de Ronda. A él acuden drogadictos, drogodependientes en período de rehabilitación, los gravemente afectados por el síndrome de abstinencia, sobredosis, dosis adulteradas ... Algunos pueden ser internados en el Hospital Psiquiátrico, otros orientados al Centro Provincial de Drogodependencias - servicio de día-; algunos a ser internados en la Unidad de Contagiosos, tales como los de hepatitis-B, SIDA, ...

Los jóvenes internados en el Hospital Psiquiátrico son pocos y por tiempo muy limitado. Algunos lo son por mandato jurídico-forense.

La Reforma Psiquiátrica ha reducido a menos de la tercera parte el número de plazas ocupadas en Régimen de Residencia Asistida en la provincia, aun cuando el incremento de población ha crecido notablemente desde el año 1.984.

#### HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL

##### RESUMEN DE COSTES DIRECTOS AÑO 1988

GASTOS DE PERSONAL	531.631.966
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS	222.156.881
INVERSIONES	19.142.391
TOTAL COSTES DIRECTOS	772.931.238

##### RESUMEN

TOTAL COSTES DIRECTOS	772.931.238
ESTIMACION COSTES INDIRECTOS	56.423.980
TOTAL COSTES HOSPITAL PSIQUIATRICO	829.355.218

# LEYENDA

- AREA FUNCIONAL DE SALUD MENTAL
- DISTRITO SANITARIO
- ZONA BASICA DE SALUD
- ★ COORDINADOR DE AREA
- EQUIPO DE SALUD MENTAL DE DISTRITO
- UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL GENERAL
- PSIQUIATRIA DE ENLACE EN HOSPITAL GENERAL
- ▲ UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL
- ◆ UNIDAD DE REHABILITACION
- HOSPITAL DE DIA



ATENCION A LA SALUD MENTAL

### 3.5.- El Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)

Me ciño a los datos facilitados por el Dr. Díez García (1.990) sobre la situación del SIDA en Almería.

Era creencia general, hace tan sólo una década, que las enfermedades infecciosas habían dejado de ser una amenaza en el mundo desarrollado. Esta presunción se vino abajo con la aparición, en el año 1.981 de los primeros casos de una nueva y devastadora enfermedad que parecía afectar especialmente a algunas poblaciones de homosexuales y adictos a drogas (ADVP), que fallecían tras múltiples infecciones y tumores, traducción de un estado de inmunodeficiencia severa. De ahí el nombre del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), mantenido aún hoy en la comunidad científica y popularizado como uno de los grandes temores y problemas a los que se enfrenta nuestra sociedad.

A pesar de lo alarmante de la epidemia, o quizás por eso mismo, los progresos realizados en el conocimiento de la enfermedad en sólo una década han sido impresionantes. Hoy conocemos su causa (Infección por retrovirus HIV'1 y HIV'2).

Nuestro país, como los de su entorno, se ha visto afectado irremediamente por la epidemia. El objetivo de las siguientes líneas es de transmitir la situación en nuestra provincia con los datos de que disponemos en el Hospital Torrecárdenas hasta mayo del presente año, centrándonos especialmente en los pacientes que han desarrollado la fase final de la enfermedad (SIDA) según los criterios internacionalmente aceptados de los CDC de Atlanta de septiembre de 1.987.

#### \* Eclosión.

El número de pacientes portadores de anticuerpos contra el HIV es de 450 lo que supone que estén afectados al menos 1 de cada mil habitantes de nuestra provincia. De estos han desarrollado el SIDA 43 lo que supone aproximadamente un 10 por ciento de los infectados y el 0,1 por 1000 de la población. Los siguientes datos referidos al sexo, edad y grupos de transmisión son similares en porcentaje a los del resto del territorio nacional: Amplia mayoría de jóvenes pertenecientes fundamentalmente al grupo de ADVP. El primer paciente fue diagnosticado en mayo de 1.987. Desde entonces ha ido aumentando año tras año, de manera lenta pero sostenida la tasa de incidencia.



\* Infecciones.

De 43 pacientes con SIDA: 36 son varones y 7 mujeres. Grupos de transmisión: ADVP 29 (-67,5%)

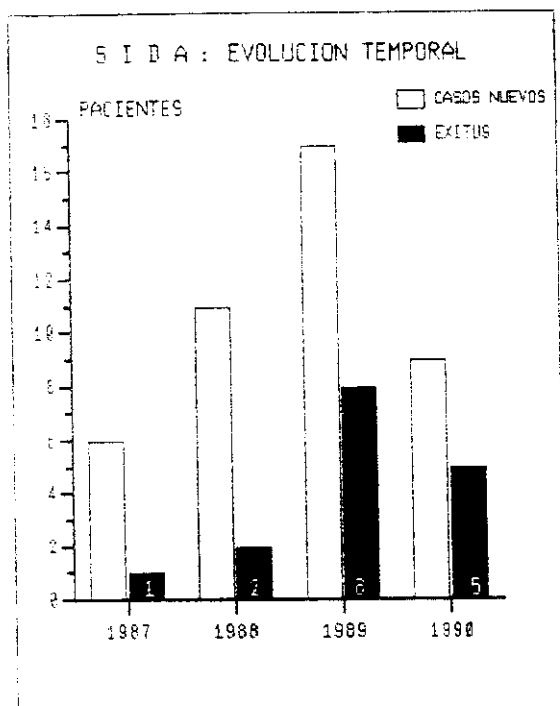
ADVP + HOMOSEXUALIDAD, 5 (11%) y otros varios el resto. La inmensa mayoría de los enfermos afectados por el SIDA son varones homosexuales y adictos a la droga, pertenecientes a población de alto riesgo.

\* Pronóstico.

La enfermedad ha ido avanzando de forma lenta pero sostenida y el pronóstico de los pacientes de El SIDA sigue siendo malo, a pesar del progreso en el tratamiento. Las causas más frecuentes de muerte: tuberculosis miliar, neumonía y linfoma cerebral. El conjunto de características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico del SIDA, en nuestra provincia, son compatibles a las del resto de Andalucía y España.

La epidemia afecta a un número considerable de nuestros conciudadanos e irremediablemente, como tales y como parte del colectivo sanitario, todos tendremos que relacionarnos con pacientes infectados por el virus HIV. Todos debemos aceptar nuestra responsabilidad. Aprender cómo se propaga el virus, disminuir aquellos comportamientos que impliquen riesgo, unir nuestros esfuerzos contra las drogas, evitar la discriminación de las víctimas de las enfermedades y ofrecerles ayuda humanitaria, generosa y eficaz.

Entre otros casos de SIDA transcribo dos que han impactado de forma especial en el barrio de La Chanca - Pescadería, pero que no han sido estudiados por mí:



**SIDA EN ALMERIA. GRUPOS DE RIESGO**

ADVP	41	76.0 %
P. HOMOSEXUAL:	6	11.0 %
T. HETEROSEXUAL	3	5.5 %
HEMOFILIA	1	1.8 %
ADVP + HOMO	1	1.8 %
POSTTRANSFUS.	1	1.8 %
DESCONOCIDO	1	1.8 %

### VIH EN ALMERIA. GRUPOS DE RIESGO

G: DE RIESGO	Nº CASOS		VARONES		MUJERES	
ADVP	347	58.8%	295	50.0%	52	8.8%
HEMOFILIA	22	4.0%	20	3.7%	2	0.3%
T. VERTICAL	19	3.2%	11	1.9%	8	1.3%
T. HETEROSEXUAL	17	2.9%	10	1.7%	7	1.2%
P. HOMOSEXUALES	15	2.5%	14	2.4%	1	0.1%
PROSTITUC:+ADVP	10	1.7%			10	1.7%
PROSTITUCION	6	1.0%			6	1.0%
POSTTRANSFUSIONAL	1	0.1%			1	0.1%
DESCONOCIDO	3	0.8%			3	0.8%
SIN DATOS	150	25.0%	102	17.0%	48	8.0%

### VIH EN ALMERIA: CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS EDAD	Nº TOTAL	VARONES	MUJERES
0 - 6 M	17 2.9%	10	7
7 - 12 M	1 0.2%	1	0
1 - 5 AÑOS	1 0.2%	0	1
6 - 14 AÑOS	5 0.8%	5	0
15 - 19 AÑOS	9 1.5%	7	2
20 - 29 AÑOS	342 58.0%	171	71
30 - 39 AÑOS	46 7.7%	42	4
40 - 49 AÑOS	8 1.3%	7	1
+ 50 AÑOS	2 0.3%	1	1
SIN DATOS	159 27.0%	111	48

### INFECCION POR VIH: SITUACION EN ALMERIA

Nº TOTAL TEST REALIZADOS	2924	
PORTADORES ANTI VIH	592	20%
EDAD MEDIA (AÑOS)	27 ± 11	
VARONES	455	77%
MUJERES	135	33%

PARROQUIA DE SAN ROQUE. LA CHANCA

1) J.M. L.M. Folio 161 vto., nº 25. Fallecido el 8-11-1990. Pescador. 31 años. Deja esposa y dos hijos.

2) G.L.M. Folio 168 vto. nº 9. Fallecido el 29-4-1991. Hermano del anterior. Pescador. 27 años. Soltero. Diagnóstico SIDA.

#### 4.- Religiosidad Católica almeriense: datos sociológicos.

- \* "Evangelizar en Almería" es la fuente utilizada para este primer apartado. Ofrendo mis laudos a los coautores por tal obra. Me reduzco a síntesis sociológica. (8)

##### 4.1.- Los entrevistados.

Los datos que aquí vamos a utilizar pertenecen a una encuesta cuya muestra consideramos fiable y representativa de la totalidad de la población almeriense no sólo por su tamaño, sino también por la seriedad y técnica con que se ha realizado, el estudio, "Evangelizar en Almería".

- 4.1.1.- Sexo: De los 2.437 entrevistados; 1.033, es decir, el 44% son varones, y 1.300, el 55%, son mujeres. De 14 personas (0,60%) no consta el sexo.

##### 4.1.2.-

Edad	%	Edad	%
15-20	17	51-60	16,6
21-30	19,9	+60	12,6
31-40	17,9	no consta	0,9
41-50	15,1		

- 4.1.3.- Profesión: de acuerdo con la catalogación de profesiones, los entrevistados se reparten entre las siguientes:

Sus labores: 35,5%.

Estudiantes: 14,2%.

Empleados: 11'4% (enseñanza, banca, militares, funcionarios...).

Jubilados: 9'9%.

Obreros: 8'3% (peones, etc...).

Autónomos: 6,6% (pequeña industria,

comercio, etc.)

Autónomos: 5,1% (pequeño agricultor).

No consta: 4,9%

Directivos: 1,1%

Empresarios 0,8% (y profesionales liberales).

#### 4.1.4.- Nivel de estudios.

Universitarios: .....	9,4%
Medios: .....	22,7%
Graduado Esc.: .....	18,9%
E. Primarios: .....	23,7%
Ningunos: .....	16,5%
No consta: .....	8,7%

#### 4.2.- Autodefinición Religiosa.

Se pedía a los encuestados que se auto calificasen religiosamente según asistencia a misa, dándose los siguientes resultados:

- 11,9%, Católicos no practicantes (nunca van a misa).
- 32,7%, Católicos algo practicantes (van solo en ocasiones).
- 19%, Católicos poco practicantes (van algunos domingos a misa).
- 5,7%, Católicos muy practicantes (comulgan y van a misa a diario o casi a diario).
- 1,8%, Sin religión.
- 0,3%, Otra religión que la católica.
- 1%, no contestan.

##### 4.2.1.- Los hombres practican menos que las mujeres.

Hay que tener en cuenta, que de cada cuatro personas que se dicen "practicantes", aproximadamente tres son mujeres y una hombres. Y de cada cinco que se califican

"muy practicantes", cuatro son mujeres. Los hombres practican y frecuentan la iglesia mucho menos que las mujeres en la proporción 1/4 (uno sobre cuatro) aproximadamente. El dimorfismo sexual de la práctica religiosa en Almería es similar al de otras provincias españolas.

4.2.2.- Los jóvenes practican menos que los mayores.

La menos "práctica" de los jóvenes, sobre todo de los jóvenes adultos (de 21 a 30 años) es un fenómeno que se constata, por lo general en todas las encuestas. Se confiesan "practicantes" aproximadamente el 33% del total de encuestados. Pero de los jóvenes entre 15 y 20 años dicen ser "practicantes" el 23% y de los jóvenes adultos (entre 21 y 30 años) el 17%, el porcentaje más bajo por edades.

4.2.3.- Diferentes "tipos de católicos".

La inmensa mayoría de los almerienses, casi el 97%, se autodefinen católicos. No obstante, es obligado reconocer diferentes tipos de católicos, aunque sólo sea basándonos en el criterio de la mayor o menor "práctica" o asistencia a la misa dominical.

Según esto en la encuesta aparece:

1º.- Un grupo de creyentes que nunca van a la iglesia o van en contadas ocasiones: aproximadamente el 44%. Los llamaremos católicos "alejados".

2º.- Un grupo constituido por quienes van a misa varias veces al año, pero no semanalmente de forma habitual: el 19%. Los hemos denominado "intermedios", por considerarlos en un círculo "intermedio" de proximidad a la Iglesia.

3º.- Finalmente están ese 33% aproximado que se dicen "practicantes", en los que va incluido un subgrupo más reducido de "fervientes" o asiduos a misa casi diaria. A este tercer grupo lo denominaremos "próximos" respecto de la institución Iglesia.

#### 4.3.- Práctica Religiosa.

La poca "práctica" en Almería, debe tener sus razones históricas, sociales y pastorales, que merecería la pena investigar detenidamente. Nos limitamos a señalar algunas hipótesis, que sería preciso verificar:

- 1ª.- Falta de evangelización sistemática y profunda durante los quinientos años que Almería lleva de cristianismo, después de ochocientos de dominación musulmana.
- 2ª.- Marcado distanciamiento efectivo entre clero y pueblo por estilos de vida diferentes.
- 3ª.- La mezcolanza o confusión entre religión y política, por lo menos en el siglo XIX y lo que va del siglo XX.
- 4ª.- Almería careció siempre de clases o grupos dirigentes netamente católicos, modelo religioso a imitar por parte del pueblo.
- 5ª.- Las desconexión entre religiosidad o cristianismo e Iglesia ha podido verse fomentada, además, en los más pobres por su situación de indigencia. Emigrantes o no, la mayor parte de los almerienses han estado atados por la pobreza endémica de estas tierras, al menos hasta la época de enarenados e invernaderos.

#### 4.4.- Relación personal con lo sagrado.

##### 4.4.1.- Oración.

No es necesario que quien ora o reza esté en condiciones de teorizar y conceptualizar con claridad sobre la divinidad, para afirmar que cree. El hecho mismo de rezar es ya un modo de practicar la religiosidad que se profesa. El 91% de los almerienses afirma rezar algunas veces. El 52% dice hacerlo diariamente o casi a diario. Otro 23% ora sólo cuando se ve en algún apuro. Y el 16% reza pocas veces o de tarde en tarde. Sólo el 7% dice no rezar nunca, y el 2% no responde a esta pregunta.



#### 4.4.2.- Las mandas o promesas.

Hacer promesas (o mandas, como las denominan otros) es otra manifestación de cierto tipo de religiosidad. El 72,5% de nuestros encuestados reconoce haber practicado este tipo de relación con la divinidad. El 15,5% hace mandas o promesas con cierta frecuencia. Otro 24% las hace cuando se ve en algún apuro y el 33% reconoce haberlas hecho alguna vez, pero practica poco esta forma de religiosidad.

Las tasas de jóvenes o menores de 40 años, y las tasas de varones tanto para la práctica de la oración como de las promesas, es sensiblemente inferior que las tasas de mayores de 40 años, y de mujeres.

#### 4.4.3.- Valoración de Dios, de Jesucristo y de la Virgen.

La mayor parte de nuestro pueblo, que antes hemos visto considerarse católico, aunque no practicante, valora grandemente a Dios, a Jesucristo y a la Virgen en su vida íntima. Por eso hemos querido tomar como indicador de la religiosidad personal estas tres valoraciones y hemos pedido a los encuestados que pongan una calificación o nota a Dios, a Jesucristo y a la Virgen María, de 0 a 10 (de menos a más) según la importancia que cada uno les atribuye en su vida el resultado ha sido el siguiente:

Dan 10 a Dios el 57% de los encuestados. Si sumamos los que le dan entre 8 y 10, son el 73.6%. El 17,25% le da entre 5 y 7. Pocos le dan de 1-4: el 2,6%. Cero, sin embargo, le da el 5,2%. Pero sumando todos los que aprueban (entre 5 y 10), podemos decir que el 91% consideran a Dios positivamente en su vida, si bien en diversos grados. ¿Qué entienden por Dios?. No lo hemos investigado. Pero de algún modo creen en un ser supremo o divinidad.

De modo similar han valorado a Jesucristo y a la Virgen María. El 59,2% califican con 10 a Jesucristo y el 54,5% lo hace a la Virgen. El 78,5% pone entre 8 y 10 a Jesucristo y el 73,7% lo hace a la Virgen. Los califican en total positivamente (dándoles de 5 a 10) el 92,3% a Jesucristo y el 91,3% a la Virgen. Con cero califican a la Virgen el 5,1% y a Jesucristo el 3,2%. Jesucristo recibe cero de menos personas que Dios y que la Virgen. Esto puede carecer de significación y ser debido al azar. También puede ser que para algunas personas Jesucristo ocupe sin más el lugar de Dios.

#### 4.5.- Familia y Religión.

Si consideramos la oración en familia, hemos de constatar, que la mayor parte de nuestras familias jamás rezan juntos (64,5%). El 23,2% dice hacerlo rara vez o en contadas ocasiones. Sólo el 9,7% afirma rezar en familia con frecuencia. Sin embargo, la familia es la transmisora principal de la fe, como puede comprobarse por los datos siguientes:

El 81,5% de los encuestados dicen que sus padres les transmitieron la fe en Dios. Sólo el 5,5% dice que no se la transmitieron, y el 10,7% que poco o regular. Destacan en estas dos últimas afirmaciones negativas los de edad comprendida entre 15 y 30 años.

#### 4.6.- Actitudes ante la Iglesia.

##### 4.6.1.- Distancia y rechazo a la iglesia.

El 54% de los encuestados afirma con rotundidad que "se puede ser buen católico, aunque uno no quiera saber nada de la Iglesia". Sólo el 30% lo niega con igual rotundidad, y el 12% se muestra dudoso. El resto "no sabe o no contesta". La mayoría, pues, cree que se puede ser católico, y buen católico, prescindiendo o "pasando" de la Iglesia. Se confirma, por lo tanto, una de las razones que apuntábamos antes sobre la baja asistencia a misa dominical de los almerienses: la desconexión entre cristianismo e Iglesia, aquello de "creo en Dios, pero no en la Iglesia".

Esta postura, que se aleja poco de la media (54%) a cualquier edad, aumenta considerablemente a las edades de 21 a 30 años, llegando a ser el 67% de los jóvenes de dichas edades los que piensan que se puede prescindir totalmente de la Iglesia y a pesar de todo considerarse buen católico.

"Esta postura, claramente secular, -dice Fernando Fernández- es bastante frecuente hoy entre la juventud española, y también entre los adultos-críticos. Se rechaza un determinado modelo de la Iglesia y una determinada modalidad religiosa; El "modelo oficial" -(clerical, organizativo piramidal, societario, etc.)- de Iglesia; y con él todo tipo de "práctica-institucionalizada". (9)

#### 4.6.2.- Valoración y aprecio a la Iglesia.

La Iglesia es considerada por la mayoría (el 72% de los almerienses) como "una institución que propaga buenas ideas". Algunos menos (61%) le reconocen que "defiende la justicia social y los derechos de los pobres". Ya vimos, además, cómo la mayoría (al 83%) les gustaría que sus hijos fuesen cristianos.

En la encuesta se pide también una valoración general de la Iglesia, entre 0 y 10, "según el aprecio o estima que les merece". Sólo le pusieron "0" el 10% y entre 1 y 4 el 10,5%. Es decir, "suspenden" a la Iglesia el 20,5% de los encuestados. De éstos, dos tercios son varones. El suspenso aumenta considerablemente entre los jóvenes. La suspende uno de cada cuatro jóvenes de 15 a 20 años, y el 35% de los comprendidos entre 21 y 30 años. Sólo el 50%, cuando se trata de jóvenes entre 15 y 30 años, reconoce que la Iglesia es propagadora de buenas ideas, y defensora de los derechos de los pobres.

Consideran que la Iglesia Católica "está atrasada respecto de la vida moderna y de las ciencias" el 27% de los encuestados. Y consideran que lo está "en parte, o a medias" otro 27%. Sumando ambas medias, resulta el 54%, que piensa así. Dicha media sube al 61% entre los varones. Entre los jóvenes de 15 a 20 años, es (sin discriminar los sexos) del 66% y entre los de 21 a 30 años es del 81%.

#### 4.6.3.- La misión de la Iglesia.

El 43,6% está totalmente de acuerdo en que "la Iglesia debe limitarse a sus rezos y funciones religiosas, sin intervenir para nada en el ámbito de la vida pública, ni en moral ni en política". Esta forma de pensar se da en el 50% de los mayores de 50 años, disminuyendo algo con la edad, hasta el 40% en los de 15 a 20 años. Este deseo de privatización de la Iglesia se da en razón inversa del nivel de estudios: lo sostiene el 55% de gente sin estudios, disminuyendo el porcentaje de los que así piensan conforme aumenta el nivel de instrucción, hasta ser sólo del 24% entre los que tiene estudios universitarios.

#### 4.7.- Actitudes éticas.

Innumerables encuestas, dentro y fuera de España, han hecho notar cambios importantes en el comportamiento y actitudes relacionadas con el sexo y la familia principalmente, tanto en España como en Europa, en las dos últimas décadas. El cambio se orienta hacia una creciente permisividad. El índice de cohesión familiar parece todavía muy elevado en Almería. Dos indicadores de la encuesta: la alta estima de la fidelidad conyugal, y, el criterio de conducta para con los padres ancianos.

##### 4.7.1.- Los ancianos.

El 84,6% de los encuestados piensa que "los ancianos debe ser cuidados en casa por su familia. Sólo el 9,5% afirma que "deben ir a residencias", siendo la mayor parte de los que piensan esto último jóvenes entre 15 y 20 años.

##### 4.7.2.- El adulterio.

Sobre la cuestión: "si el adulterio en la mujer está peor que en el hombre", el 22% opina que sí está peor", mientras que el 71% dice que está igual de mal en los dos. Sólo el 3,3% afirma que "no está mal en ninguno de los dos". Esto último lo piensan, sobre todo, los más jóvenes, los de 15 a 30 años. Pero de los 886 encuestados de dichas edades únicamente piensan así 52, es decir el 5,8% de éstos.

##### 4.7.3.- El matrimonio civil.

Un signo de modificación importante en la concepción de la familia viene dado por el creciente número de parejas que celebran solamente el matrimonio civil en Almería. Lo admiten como cosa normal el 33,8%, "si los novios lo prefieren a casarse por la Iglesia". Consideran "normal" el matrimonio civil principalmente los más jóvenes: el 47,5% de los de 15 a 20 años, y el 58,5% de los de 21 a 30.

#### 4.7.4.- El divorcio.

La modificación de la conducta familiar tradicional se va a introducir con rapidez por otras vías. Una de éstas es la progresiva aceptación del divorcio. No hemos preguntado sobre la aceptación del divorcio civil, que suponemos más admitido. Hemos preguntado si consideran que la misma Iglesia debería admitirlo. A lo que el 32,4% responde que "sí, totalmente", y el 34,5% que "sí, pero sólo en casos extremos o perdidos". Que no debe aceptarlo en ningún caso, únicamente lo sostiene el 23%.

#### 4.7.5.- Relaciones prematrimoniales.

Otra vía rápida de cambio en la conducta moral familiar nos parece la aceptación de las relaciones prematrimoniales completas. Se mantiene fuerte el rechazo del adulterio. En cambio, antes del matrimonio se acepta cada vez más la liberación del sexo. Es verdad que ante la pregunta: si consideran que "las relaciones sexuales completas entre hombre y mujer antes del matrimonio no están mal, sino que son algo normal", la mayor parte de los encuestados (el 46,48%) responde que son algo inmoral. Pero el 43,68% las admite de algún modo: el 13,97% diciendo que sí, que no tiene nada de malo en ningún caso, y el 29,69% que no están mal en el caso de novios que se quieren. El 9,84% no sabe o no contesta.

#### 4.7.6.- La homosexualidad.

El 26,59% de los encuestados está totalmente de acuerdo en que las "prácticas homosexuales no son nada malo, sino que son cosa normal", y el 16,49% lo duda. El 49,60% está en total desacuerdo, es decir, las condena como malas. El 7,30% no responde a esta cuestión. Entre los hombres se nota algo más de firmeza en la condena.

#### 4.7.7.- Anticonceptivos.

Otro indicador del cambio de la conducta sexual, con respecto a épocas anteriores, es el uso generalizado de anticonceptivos.

Hemos preguntado qué anticonceptivos ven bien, o

cuáles usarían si quisieran evitar hijos, y el 20% responde "la píldora", seguido del 18% "los preservativos". Alrededor de un 10% se inclina por la vasectomía y el ligamiento, y el 6,7% los "diu".

#### 4.7.8.- El aborto.

Por último, como indicador de la conducta moral relacionada con la procreación, nos vamos a referir al aborto. Este es un indicador de máxima importancia, por su implicación en campos de la ética individual y social que trasciende el ámbito sexual y familiar.

Son pocos los encuestados que están de acuerdo con el aborto en "cualquier caso": 5,74%. En cambio se da mayor aprobación en los siguientes casos: cuando pelagra la vida de la madre (31,7%), para evitar el nacimiento de un subnormal (18,3%) y en caso de violación (13%).

Que no acepten el aborto en ningún caso sólo hay un 26%; la mayor parte de los cuales son mayores de 30 años.

#### 4.7.9.- Número ideal de hijos.

Preguntamos sobre el número de hijos que consideraran ideal, la inmensa mayoría se inclina por dos y tres hijos: el 33,2% afirma que "tres", y el 33,7% de "dos". Pero los más jóvenes, los de 15 a 30 años prefieren "dos" un 46,5% y "tres" un 20,5%. Las tendencias a la baja de la natalidad son clarísimas no sólo en esta encuesta, sino en la realidad de los hechos en toda España.

#### 4.8.- La fe religiosa.

Más del 40% confiesa que su vida moral y familiar no se ve modificada o influenciada por su fe o sus creencias religiosas y más del 50% lo afirman respecto de su vida laboral o de negocios. Tan sólo alrededor del 33% manifiesta percibir esta influencia en su vida moral y familiar, y el 24% en su vida laboral. Quienes más separan su moral individual, familiar y social de sus creencias o de su fe son los menores de 40 años y los nada o poco practicantes, los cuales superan la media indicada en todos.

los casos.

#### 4.8.1.- ¿Religión "light"?

La religión, para la mayoría, sigue siendo sobre todo consuelo y último recurso en los apuros personales. El 47% afirma que sus creencias son para él de lo más apreciado, "más, incluso, que el dinero". Al menos así lo manifiestan, aunque en dicho aprecio siempre están por debajo de la media los menores de 40 años, sobre todo los de 21-30 años, que no llegan al 35%, y los no practicantes, que sólo lo afirman el 28%, frente a más del 64% de los practicantes como era de esperar, por otra parte.

#### 4.8.2.- Relativismo o inseguridad.

De los males de una actitud absolutista y dogmática, se pasa fácilmente a considerar que la verdad absoluta no existe o que es innecesario buscarla, ya que "todas las religiones son igualmente válidas para salvarnos y contienen parte de verdad". Esto, que en cierto sentido el mismo Concilio Vaticano II lo acepta de hecho para quien sigue su conciencia invenciblemente errónea, se eleva fácilmente a principio doctrinal relativista, como si no hubiese obligación moral de buscar siempre la verdad objetiva, o como si ésta no existiese.

La mayor parte de nuestros entrevistados (61,5) manifiesta que está totalmente de acuerdo en que "otras ideas religiosas pueden ser tan buenas y verdaderas como las mías".

#### 4.8.3.- Incoherencias.

Preguntados si consideran que los católicos en general conocen bien su religión, el 53% de los interrogados responde: "no"; y otro 21,3% lo pone en duda.

A la pregunta "¿Qué es la Biblia?" el 27,5% no sabe qué decir, o da un respuesta falsa, o no quiere contestar. Se diferencian notablemente en esta cuestión por razón de su "práctica religiosa": Responde acertadamente el 90% de los "practicantes" mientras que acierta el 72% de

los "intermedios" o poco practicantes, el 69% de los "alejados" que practican raras veces y el 47,5% de los "alejados" que nunca practican. Por edad o nivel de estudios no se advierten grandes diferencias.

#### 4.8.4.- Supersticiones.

El 82% no cree en absoluto que ciertas cosas, como el número 13, el martes, el gato negro, etc... traigan mala suerte. Un 7% dice creer firmemente en el horóscopo, y otro 19,5% dice que "a medias o con dudas". Sobresalen algo en esta creencia los más jóvenes, los de 15-20 años, quienes creen firmemente en el horóscopo un 15,7% y otro 28,4% con dudas. Por lo demás, el 69% de los entrevistados afirma no creer en eso.

#### 4.8.5.- Religión y política.

Ha sido frecuente entre los españoles la intolerancia tanto política como religiosa. Afortunadamente la mayoría de los encuestados parece haber superado actitudes sectarias: El 91% está totalmente de acuerdo en que "nadie debe imponer a los demás sus ideas políticas o religiosas, sino que debemos respetar las ideas de todos y dejar que cada uno piense y haga lo que quiera".

El análisis efectuado hasta aquí se basa, fundamentalmente, en datos de la encuesta publicada en "Evangelizar Almería", (Montero y otros). He querido confirmar dichos resultados con los datos primarios obtenidos a través del cuestionario propio y específico, que los autores utilizaron. Este análisis me sugiere el apartado siguiente.

#### 4.9.- Tres interrogantes personales.-

4.9.1.- " ¿Cómo se considera Vd.  
religiosamente?:

- 1.- Católico no practicante (nunca va a Iglesia).
- 2.- Católico algo practicante (va sólo en



- ocasiones).
- 3.- Católico poco practicante (va algunos domingos).
  - 4.- Católico practicante (cada domingo normalmente).
  - 5.- Católico muy practicante (comunión y misa a diario, o casi).
  - 6.- Otra religión.
  - 7.- Sin religión.
  - 8.- No contesta."

- Se responde en autodefinición religiosa: "Pedíamos a los encuestados se autocalificasen religiosamente según su asistencia a misa, dándose los siguientes resultados". Véase en el apartado 2. "Autodefinición religiosa". ¿Cómo deducir conclusiones interpretativas sobre algo que no se ha enunciado claramente en el Item principal, ni en los Items subordinados? Solamente se exige contestación sobre asistencia a misa en el subitem 6.5 ¿... "comunión y misa a diario o casi?: Católico muy practicante.
- Se ha venido considerando generalmente la asistencia a misa domingos y días festivos como indicador de afiliación y pertenencia a la Iglesia Católica. Hoy, no por todos. ¿Pretendía esto del Item.? La respuesta despeja la duda:... "según su asistencia a misa".

Está bien claro, en la religiosidad católica almeriense, que: quien va a misa y comulga va a la iglesia; pero no todos -ni mucho menos- los que van a la Iglesia domingos y festivos asisten a misa. Esto se da en bastantes templos de la Capital. Puede observarse cómo gentes sencillas acuden en los días festivos, -es cuando algunos pueden-, a practicar sus devociones y cumplir sus promesas ante el santo o santos de su devoción, ante las imágenes. Esta práctica nutre y agota su religiosidad. Ello se da hasta en la Catedral, en momentos en que se está celebrando la Misa. No se trata de turistas visitantes. ¿Qué sucede en la Semana Santa?.

#### 4.9.2.- La cuantificación de la asistencia a misa.

Se da como posible, a nivel de la Iglesia Española, el 30% de asistencia en Domingos y días festivos. Queda Almería entre las tres últimas diócesis con el 17,8%; Sevilla 16,73; y Cádiz 15,57%. Así, en la Encuesta de 1983, mes de Noviembre, contabilizando los que realmente asistieron.

Por estas fechas se encuentra, entre nosotros, un número, a tener en cuenta, de personas de la Tercera Edad, que pasan en Almería los meses de invierno. Estos católicos están habituados a "oír misa entera todos los domingos y fiestas de guardar". También ellos fueron contabilizados en el 17,8%. Siendo el porcentaje bajo puede ser elevado, pudo ser aumentado por este contingente, cada año en aumento, de invernantes. Los porcentajes del 33%, del 27% y, quizá, el 17,8% de 1983, nos parezcan altos, en 1987.

#### 4.9.3.- "Hay poca superstición".

Así aparece en el estudio tanto en la expresión sociográfica como en la matización sociológica: (8,5 del Estudio; 2ª. parte Pág. 72).

En la "Experiencia piloto de la Zona de Poniente", zona del desarrollismo almeriense, se nos dice: (2ª parte Págs. 137-142).

"Disminuye el nivel de práctica religiosa pero, ¿por qué aumenta la fe en el azar, el espiritismo, los magos... etc.?"

- "Dios, Iglesia, Jerarquía... todo este mundo religioso ha estado rodeado de un fuerte carácter mágico; el proceso de secularización, ha hecho que el mundo religioso sea mucho más cercano, más criticable y más vulnerable".
- "Nuestro ambiente plural y democrático, tanto a nivel político, como cultural y religioso, nos hace entrar en el juego social como una institución más, y como tal cuestionable y criticable".
- " La Iglesia no siempre ha dado una clara

imagen de sí misma, confundida (fundida-con), con un mundo que potencia valores diferentes, cuando no opuestos a los del Evangelio; ser cristiano termina siendo signo de nada..."

- "En nuestra zona, en donde la mayoría de la gente - aparece con un tipo de religiosidad mítico-mágica, manifestada a través de expresiones culturales, (procesiones, mandas, fiestas patronales, etc.), tendríamos que plantearnos si lo que estamos haciendo es respetar o fomentar los aspectos negativos de la religiosidad popular."...
- Superstición. A simple luz de diccionario, sin criterio finamente teológico, es: a) "creencia extraña a la fe religiosa y contraria a la razón; b) creencia ridícula y llevada al fanatismo sobre materias religiosas; c) culto o veneración que se da a quien no debe o que se practica de un modo inadecuado". Parece se podría formular la hipótesis de bastante o mucha superstición, cuantificando la de increyentes y aun "creyentes" a sí mismos sedicentes.

Tal vez sea extrapolable a bastante población almeriense lo detectado en la Zona del Poniente, superando así el umbral de "poca superstición" en la religiosidad católica de Almería.

#### 4.10.- Cuestionamiento psicológico.

Para la formación de criterio sobre la religiosidad almeriense, me parece, puede contribuir el artículo del profesor DOMINGUEZ, C. (1989): "Religiosidad: ¿magia o tabú?", abunda el autor en sugerencias psicopatológicas en que puede incurrir la religiosidad, que nos pueden auxiliar en la iluminación de los datos sociológicos facilitándonos el diagnóstico de la religiosidad almeriense.

Podrá resumirse su extenso análisis, realizado desde la perspectiva de la psicología de la religión, en las siguientes líneas copiadas del autor, incluida la cita del párrafo final que es de Rahner: (10)

- El Dios de la magia es un Dios construido a la medida del deseo.

- El Dios del tabú es un Dios construido a la medida del temor.
- "El cristianismo, verdaderamente realizado, es siempre la síntesis, realizada cada vez, del mensaje del Evangelio y de la gracia de Cristo por un lado, y de la situación concreta, en la que el Evangelio ha de ser vivido, por otro. Esta situación es siempre nueva y sorprendente". (K. Rahner)

## 5.- Patología social.

### 5.1.- El cuarto mundo almeriense: marginación social.

#### 5.1.1.- Hambre, hambres.

Sigo, pero recortándolo, a Garay, C. (1990), en su enfoque bio-neuro-social sobre el hambre. (11)

##### 5.1.1.1.- Pasión radical primaria.

El hambre, como la muerte, es algo que por su abrumadora presencia nos atosiga, y hacemos como que no existe. El hambre como entidad, como inaplazable necesidad, como signo dramático y visceral de tragedia, parece suceder siempre de lejos. Como todo lo primario, lo dramático e íntimo resulta impresentable y se aparta del medio.

El hambre es la primera y más radical de las pasiones, junto con la sed. Son estas dos pasiones fundamentales cuyo objeto es el propio cuerpo, aquello que es necesario tener funcionando para poder ir más allá.

Hace casi cuatro años un neuroendocrinólogo francés logró ser casi un best-seller con un texto: "Biología de las pasiones". Se ocupaba en una divertida exposición seria de algo tan oscuro y a veces "poco serio", las pasiones en su versión física. Precisamente el enfoque del hambre como pasión primera me parece un logro particular de ese texto (12).

El hambre sin remedio, el no tener que comer, es algo que en el mejor de los casos anuncia una posibilidad de supervivencia que nunca llegará más allá de dos o tres meses. El hambre crónica y las hambrunas matan a los débiles, los niños y los viejos. Los supervivientes son más débiles y fácilmente sometibles por sus congéneres bien nutridos.

##### 5.5.1.2.- La ira del justo.

Así como hay que temer la ira del justo, hay que temer a la necesidad en su versión más primaria: Las ratas de Laboratorio puestas en grupo en sus jaulas y abandonadas al hambre, se comen entre ellas, salvo la piel y la cola. Los hombres también pueden hacerlo. Una bella, ingenua y

novelada ilustración sobre tal posibilidad, fundada en el origen y comportamiento animal del hombre puede leerse en *Dañ-le premier homme*, de Edmond Haraucourt (1856-1941), libro muy olvidado y que no ha dado mucha gloria al también autor del *Rondel del adieu* ("Partir es morir un poco..."). Una confirmación radical, fáctica, de tal posibilidad la ofrecieron hace pocos años unos desgraciados viajeros cuyo avión cayó en los Andes.

El suicidio lento por hambre que permitiendo el acostumbramiento de los otros reduce su impacto, y cierra un círculo cruel de olvido y pérdida de mérito por su parte del suicida, es el paradigma del rechazo, la incompreensión, el abandono y la soledad. No existen mayor sacrificio de unos y crueldad de los otros. Jonathan Swift (1667-1745) es indudablemente más conocido por haber escrito los *Viajes de Gulliver* que por escribir también una modesta proposición para evitar que los hijos de los pobres de Irlanda sean una carga para sus padres o su país, y para hacerlos útiles al pueblo. Detrás de este largo título hay una narración corta, tan minuciosa como cruel, donde este maestro del humor negro detalla un plan, cuyo fin último es que los hijos de los pobres sean servidos a la mesa de los poderosos, a edad bien tierna y bien cocinados, para evitarles así un porvenir peor de hambre y delincuencia. El autor no repara en detalles para buscar objetivos útiles y, de paso, sugiere que así se contribuye al orden social, al control demográfico, se mejora la salud y se sirve a la nación.

#### 5.1.1.3.- Propuesta cruda.

Jonathan Swift además de ser uno de los mejores prosistas del siglo XVIII inglés, fue un puritano profundamente excéptico y de fuerte carácter. Deán de la Catedral de San Patricio de Dublín, no debió de ser ajeno a la obra de este pastor anglicano el hecho de haber sido un irlandés radical viviendo en una Irlanda de fuertes discriminaciones sociales, con masas hambrientas y sometidas. Su texto trata del hambre social, algo en parte diferente al ayuno o al hambre como experiencia física individual. El hambre social es algo no deseado pero permitido, irregular, compartido y con capacidad de respuesta. El hambre de los grupos, de las masas, lo siente cada miembro pero provoca movimientos de cohesión. El humor negro es una forma tan radical como encubierta de afrontarlo, y lo que Swift quería decir, pero no decía en su texto, es que los hambrientos, los pobres, se deben comer a los ricos. El hambre de grupo es una llamada a la insurrección.

"Obscenidad impresentable. El hambre existe entre nosotros. Lo conocen en su versión cruda muchos de los humanos de todas las latitudes. Del hambre, como del sexo, puede entender todo el que esté dispuesto a hacerlo. Pero también como el sexo y aún más, el hambre es una obscenidad impresentable en una sociedad que se desea opulenta, es decir, una sociedad donde a veces hay que dejarse morir para intentar hacerse oír, y donde, cualquier día nos comeremos entre nosotros, si no nos han comido antes". Por mi parte solamente añadir que las hambres grupales, sociales, suburbiales en Almería han tenido algunos signos manifestativos en los distintos suburbios de la capital y el gran signo de las huelgas de pescadores.

#### 5.1.2.- Almería en Andalucía. La Chanca en Almería.

##### 5.1.2.1.- Ubicación descriptiva.

- Comín, C. (1970), (13) se adentra en una operación "barreno" por Andalucía en La Chanca. Con libertad profética denuncia, en aquella época, 1970, la desesperada situación almeriense:

"Almería es un síntoma, Almería es la revelación de la insolidaridad nacional, del desprecio hacia el hombre y del desamor oculto, silencioso, que nunca tolera y mantiene situaciones extremas como ésta. En Almería hallamos una nueva manifestación de esa Andalucía marginal -desgraciadamente numerosa-, de esa Andalucía que participa en demasía de ese "telón de pobreza" de que nos habla el informe sociológico sobre la situación social de España de FOESSA de ese "20 por cien de la población de los que nada tienen" y que alcanza casi a 7 millones de españoles, el "20 por cien" de españoles que viven con presupuesto familiar inferior a las 2.500 pesetas mensuales. "En números absolutos - precisa el citado informe- la mayoría corresponden a regiones agrícolas del Sur (450.000 en la Extremadura-Andalucía y 330.000 en la Sureste). En la Región Catalana-Balear sólo aparecen 18.000 familias en esta situación. En términos relativos, la pobreza aparece más extendida en la región gallega ( el 67 por cien de la población puede definirse operativamente como pobre) y Sureste ( el 56 por cien de la población)." Este "20 por cien de los que nada tienen" se halla sometido a unas condiciones de vida en las que falta lo elemental, en las que la indigencia se agudiza y "el círculo vicioso de la pobreza" de que nos habla Oscar Lewis los aprisiona sin piedad. Entre esos 7 millones de españoles hay 1.476.000

hogares que no tienen baño ni ducha, 1.139.000 que no tiene agua corriente, 1.300.000 que no compran nunca carne congelada ...

Entre ellos están, sin duda, los hombres y las mujeres y los niños de La Chanca. Los niños de La Chanca. Es difícil olvidarlos. Niños y perros pululan entremezclados en medio de las casuchas y de las covachas que se hunden como pozos en la tierra. De La Chanca ha dicho alguien que la conoce muy bien: "misericordia achicharrada, gran sombra en la Costa del Sol; donde los hombres viven como topos; niños y hombres en condiciones infrahumanas; no ha nacido hijo de mujer que pueda trasladar lo visto al papel; el suburbio más pobre de Europa; el submundo de La Chanca". He aquí algunos datos elocuentes: 442 cuevas, 40 chabolas, 83 cuevas-vivienda, 923 viviendas insalubres. Es decir, un total de 1.488 hogares increíblemente inhumanos. "Los animales viven en cuadras muy decentes para que se les vea porque son una riqueza para el hombre...! Pero fíjate cómo vive aquí la gente!", nos decía entre airado y abatido el cura de La Chanca. Allí viven -si se puede decir viven sin que suene a sarcasmos- unas 8 mil personas, un total de 1.565 familias. Hay un predominio considerable de familias numerosas sobre la media de Almería:

- Media de la composición familiar almeriense, 3,7 miembros.
- Media de la composición familiar de La Chanca, 5 miembros.

Estas 8.000 personas forman lo que se ha dado en llamar La Chanca de La Chanca. Si al núcleo central sumamos las Cuevas de San Roque, el Camino Viejo, las Cuevas de las Palomas, la cifra se eleva a las 16.000 personas que viven en condiciones similares. Indigencia más, indigencia menos. Alrededor de 1.000 niños entre los cuatro y catorce años no están escolarizados en los suburbios de Almería, calculándose esta cifra por defecto. Es frecuente que los niños de La Chanca empiecen a trabajar muy chicos; muchos en cuanto llegan a los 10 años causan baja en la escuela para hacer chapuzas, para colocarse donde puedan.

Otros empiezan su "vida laboral" sin haber pasado por la escuela primaria. Nos contaban de uno de ellos -mártir del trabajo- víctima de accidente laboral a los 12 años: murió aplastado por un camión cuando prestaba sus servicios como aprendiz. ¿Quién no recuerda la dura diatriba del cura de la Ley del Silencio cuando increpa a los portuarios hacia la unión y la solidaridad, para la defensa de sus comunes intereses ante el cadáver del compañero que "había sabido dar la cara" aplastado en plena estibación?. Ante La Chanca habría que saber gritar..., si



no fuera porque la cabeza estalla antes de poder comprender.

Se han declarado analfabetos de primer grado - es decir, ni siquiera saben escribir su nombre- el 45,7 por cien de los mayores de 15 años. Los que saben dibujar su firma no entran en este porcentaje. Sumemos a esta cifra los analfabetos prácticos, es decir, los que no poseen ni siquiera enseñanza primaria. El tracoma es una de las plagas características de La Chanca. A derecha e izquierda nos cruzamos con mujerucas casi ciegatas, con niños y niñas con los ojillos violados. En 1.954 se calculaban 254 casos de tracoma; en 1.964 las estadísticas de Sanidad dan un total de 584.

#### 5.1.2.2.- Vivir "al mediodía".

- En La Chanca se vive al mediodía- nos decía el cura-. Si por el mediodía van y sacan algo, comen; si por la tarde sacan algo, cenan, y si no, pues ... no viven al día, sino al mediodía.

Los perros ladran sin cesar. Los niños pululan.

El cura pregunta a una mujeruca chupada, probablemente cuarentona, pero que parece ya una anciana:

- ¿Qué, qué se ha "comío" hoy? - Hoy, ¡"ná"! Don Marino.

Eran cerca de las cinco de la tarde.

Ante tales imágenes en la cabeza, la sangre y el horror se juntan. El fondo blanco de la tierra y de la luz hacen más hondo el contraste. ¿A quién no se le va el recuerdo hacia la honda exclamación de Federico García Lorca?:

"Oh blanco muro de pena!  
Oh negro toro de España!!

El cura de La Chanca añade:

- En la capital y provincia de Almería, y en España, se dan otras "Chancas". Pero lo más grave es que en Almería, nunca, nunca pasa nada. Esto sí que es grave de verdad.

5.1.2.3.- Lo que la pobreza ha hecho a los pobres.

"El hambre de trabajo -prosigue Hermet- es en definitiva un elemento constitutivo de la cultura de los medios de emigración española. Pertenecce -de la misma manera que las tradiciones populares o el espíritu comunitario- a lo que Oscar Lewis denomina la cultura de la pobreza". En efecto, Lewis ha penetrado con hondura poco frecuente el problema de la pobreza en un mundo rodeado de sociedades opulentas. En su antropología de la pobreza, después en Los Hijos de Sánchez y en Pedro Martínez ha descrito lo que él denomina las "características universales que trascienden las diferencias regionales, rurales-urbanas y hasta nacionales", de la cultura de la pobreza. Y así Lewis ha podido precisar después de sus investigaciones entre las familias mejicanas: "La pobreza viene a ser el factor dinámico que afecta a la participación en la esfera de la cultura nacional creando una subcultura por sí misma. Uno puede hablar de la cultura de la pobreza, ya que tiene sus propias modalidades y consecuencias distintivas sociales y psicológicas para sus miembros".

Después del pavoroso recorrido por La Chanca recordando el Perro, el Bulto, La Chana, el Pozo del Tío Raimundo o Somoroostro creo que podemos concluir con Lewis haciendo las trasposiciones necesarias, que "aún los gobiernos mejor intencionados del mundo de los países subdesarrollados se enfrentan a difíciles obstáculos, a causa de lo que la pobreza ha hecho a los pobres. Ciertamente la mayor parte de los personajes que aparecen en este libro (podríamos decir otro tanto si escribiéramos uno similar sobre La Chanca) son seres humanos muy lastimados.

#### 5.1.3.- "La Chanca: Estómagos vacíos".

Cabeza, O. (1986) es el autor de los títulos y del contenido que sigue. (14)

Conocida principalmente por el relato de Juan Goytisolo, La Chanca vive tal vez de manera un tanto idílica en la conciencia de todos aquellos que conocen el libro, por esa peculiar fuerza que posee la naturaleza.

Pero lirismos aparte, visitar La Chanca es una manera de descender a las cavernas donde viven los desasistidos, muchos de los cuales se acuestan por la noche con el estómago vacío.

#### 5.1.3.1.- Descripción vivencial

En el costado oeste de Almería se encuentra el barrio de La Chanca. Lo forman un buen número de cuevas habitadas o vacías, casas-cueva o casitas desparramadas entre dos promontorios montañosos. Por un lado el cerro donde se erige La Alcazaba, construida por Abd-al-Rahman en el siglo X, y del otro lado, enfrente el Cerro de Cuevas de Callejón y Cuevas de las Palomas y las Canteras. Entre ambas prominencias se van escalonando los habitáculos hasta confluir en la Avenida del Mar -Rambla de la Chanca-, que conecta al barrio con la carretera de Málaga y el bulvar de palmeras conocido en Almería como El Parque.

En La Chanca viven 9.548 personas según el último recuento oficial realizado por el Ayuntamiento dentro del Plan de Reforma Interior del barrio. De toda esta población, la mayoría son nativos, pero unos mil proceden de diversos puntos de Andalucía, del resto de España o incluso del extranjero.

Las condiciones de vida en el barrio son precarias. La mitad de las casas no tienen luz eléctrica y casi un 13 por ciento no posee agua. La mayor parte del poblado no está pavimentado, aunque a su gente le preocupa el problema del paro fundamentalmente ...(15)

#### 5.1.3.2.- Pescadores.

El trabajo en el mar o en la construcción son las dos principales ocupaciones de los hombres de La Chanca. Pero ambas actividades se hallan a la baja en cuanto a ofertas de empleo.

Patricio, "El Boquerón", de veintisiete años, es un joven de raza gitana que ha trabajado en múltiples ocasiones en barcos y en otros oficios, aunque de momento está en paro. Asegura que en la actualidad el jornal de un bracero en la mar ronda las 700-1.000 pesetas por día, si las cosas han ido normalmente. "En la pesca se gana por mercancía. Te puedes tirar veinte horas y, si no pescas nada, no ganas nada. Ahora, si has tenido suerte, puedes sacar 3.000 pesetas; o si te ha ido mal, sacas unos 20 duros".

Como la pesca está "muy floja" los patronos requieren la mano de obra de chiquillos de nueve a diez años. "Les tiene trabajando al relente toda la noche y cuando llegan a los dieciséis añillos están acabaos. Es que en la mar lo que más te entra es la reuma".

Miguel Montoya, "El Pilindre", de cincuenta y siete años, ha pasado veintisiete de ellos tirando de redes y conoce bien el oficio. Recuerda sus tiempos de pescador cuando en la cesta de la comida metían piedras para "simular que llevábamos algo de comer". Es chanquero de nacimiento y siempre ha vivido en el barrio. Ahora está retirado por una lesión en la columna vertebral que se hizo en su último empleo en la construcción. De los 12 hijos que le viven la mayoría está aún a su cargo y se queja de las estrecheces: "A ver cómo me las apaño con 36.000 pesetas al mes". Se ayuda con un pequeño establecimiento que hace las veces de bar. Es una casita semiincrustada en la roca, al pie de la zona conocida como las Cuevas de las Palomas. En una de las paredes puede leerse "se vende". Aunque el Pilindre no sabe leer, sí sabe en cambio que el letrero está mal escrito, detalle que parece importarle poco. Compró la cueva hace diecisiete años por 30.000 pesetas, y estaría dispuesto a negociar al precio de venta. Quizá 300.000 pesetas; como Manuel otro pescador chanquero que pide esa cantidad por su cueva, también en venta.

#### 5.1.3.3.- Plan de reforma.

El plan especial de reforma interior de La Chanca tratará de subsanar "a medio plazo", en su diferentes aspectos, todos los problemas que posee la zona. Este plan contempla la rehabilitación y dotación de infraestructuras básicas; rehabilitación y sustitución de viviendas y cuevas habitadas, con un control de la edificación.

El ambicioso plan se encuentra en sus primeros pasos, cuenta con la colaboración de algunos grupos que trabajan en el barrio, así como con la participación de dos arquitectos. La financiación, aún sin especificar, según manifiestan fuentes municipales, correrá a cargo, en un 80 por ciento, de la Junta de Andalucía y el resto como aportación del Ayuntamiento de Almería.

Los objetivos de equipamiento de servicios básicos es una de las principales necesidades de la zona.

Hasta aquí, Octavio Cabeza, a quien no acompañé en su recorrido sino que le envié a Millán para que le facilitase contactos "vis a vis" con personas chanqueras representativas.

5.1.4.- Cáritas Parroquial de San Roque - "La Chanca". 1.988

5.1.4.1.- Sección alimentos.

5.1.4.1.1.- El Campamento Militar "Alvarez de Sotomayor". Contribuyó con el suministro de comidas, distribuidas por Cáritas Parroquial:

Término medio por día de 112 raciones.

Septiembre-Octubre ..... 4.463 raciones.  
Noviembre ..... 3.197 raciones.  
Diciembre ..... 3.432 raciones.

---

T O T A L                      11.092 raciones

=====

5.1.4.1.2.- Víveres recibidos de la C. Europea por Cruz Roja Española:

Aceite ..... 430 litros  
Quesitos: 5 cajas de 24 unidades 120 quesitos

5.1.4.1.3.- En Navidad. Distribución especial: 50 bolsas-saco a familias más necesitadas.

- Contribuyeron:

- \* La empresa "La Foca" con .... 40 pollos grandes.
- \* La empresa "La Foca" con .... 60 docenas de huevos.
- \* Alumnos del Colegio "Amor de Dios" con diversos alimentos.

- Otros beneficiarios: Comidas diarias: 20 familias; Aceite, 86.

#### 5.1.4.2.- Otros servicios.

La Cáritas Parroquial ha atendido especialmente:

\* Información. Documentación. Desplazamientos. Pagos de recibos. AYUDA A DROGADICTOS. Servicio de ropero, etc... Trabaja en coordinación con Cáritas Diocesana, especialmente en información jurídica y Asistencia Social, así como en desplazamientos de drogodependientes que han sido tratados en Comunidades Terapéuticas fuera de la Provincia.

Hay en La Chanca otras dos Parroquias con sus Cáritas.

Fuente: Cáritas Parroquial de San Roque.

#### 5.1.5.- Patronato de Ayuda y Promoción (P.A.P.). 1.988

##### 5.1.5.1.- Servicio de comidas.

El Comedor Social y el Economato dependientes del P.A.P. nacieron juntos, como respuesta a una necesidad apremiante y urgente a los más pobres de Almería. Nació el 21 de Marzo de 1.988. Está abierto a todos los necesitados.

"El paro, la droga, la falta de albergues y centros de acogida, hace que cada vez haya más gente por la calle deambulando de un sitio para otro, sin saber dónde encontrar un lugar tranquilo donde sus pies doloridos, cansados y su piel reseca y desnutrida tengan reposo, ayuda". Una comida diaria al mediodía.

Durante este tiempo, son muchas las familias que se han beneficiado haciendo sus compras en el Economato a mitad de su valor.

\* En el comedor, se han repartido las comidas siguientes:

- Transeuntes nacionales y extranjeros .... 2.040 comidas.
- Ancianos y otros ..... 5.869

\* A domicilio

- A familias en paro de distintas parroquias 12.363

Total de comidas repartidas .... 20.272

\*\*\*\*\*

Todos vienen con su deseo grande de que se les considere personas, se les dé cariño, se les respete y se les escuche, aunque siempre digan lo mismo. Se les acoge y sirve con amor por la Familia Vicenciana: Voluntarias, J.M.V. e Hijas de la Caridad. "Sólo por amor perdonarán los necesitados lo que se les dé".

5.1.5.2.- Fondos para cubrir gastos:

- \* Los enviados por las Parroquias: paga la Parroquia el 50% de cada comida, 100 Ptas. . El otro 50% lo paga la Institución: Hijas de la Caridad. Reciben subvenciones de donantes y de obras que dirigen estas Religiosas y de sus propia Congregación.

Fuente: Datos facilitados por el Patronato (P.A.P.) c/ Alcalde Muñoz, 18.

5.1.6.- "Siquen", Cocina.

Servicio de Comidas, año 1.988. Director: Bartolomé Marín, sacerdote.

5.1.6.1.- Servicios diarios y colaboraciones.

Se dan diariamente 175 raciones.

Primer trimestre	9.223	
Segundo trimestre	18.761	
Tercer trimestre	16.479	
Cuarto trimestre	14.847	
TOTAL	59.310	Raciones

\* En ocasiones, la Cruz Roja y Cáritas, colaboran con pastas, leche y carne.

\* Algunas personas y grupos particulares, contribuyen con alimentos y aportaciones económicas.

\* El Excmo. Ayuntamiento se ocupó de arreglar la casa-comedor.

#### 5.1.7.- Cáritas Diocesana.

##### 5.1.7.1.- Ingresos.

Total Ingresos ..... 16.454.966 Pesetas

##### 5.1.7.2.- Servicios.

Acciones asistenciales (ayudas en metálico y transeuntes) .....	3.702
Acciones de Promoción (acciones contra el paro, desarrollo comunitario, infancia, juventud, 3ª edad, gitanos, toxicómanías, comedores, etc...) .....	8.968.100
Gastos generales (personal, reparaciones, agua, luz, correos, material de oficinas, tributos, etc.) .....	2.202.530
Aportación al Fondo Interdiocesano .	501.300
Desarrollo Institucional (asambleas, reuniones) .....	89.110
Suscriptores y mentalización (propaganda, publicaciones, etc.) .....	547.401
Previsión para acciones diversas ...	443.333



5.1.7.3.- Gastos.

Total Gastos ..... 16.454.966

Fuente: Cáritas Diocesana de Almería, 25 de Mayo de 1.989.

5.1.8.- Ayuntamiento de Almería. Bienestar social 1.988.

5.1.8.1.- Prestaciones:

- Información, Valoración y Asesoramiento Social (Ayuntamiento).
- Ayuda a domicilio.
- Programa de animación sociocultural de la mujer.
- Programa de animación sociocultural de los Almendros.
- Programa de LEAJ- Menores (Puche).
- Programa de reinserción.
- Apoyo económico a familias y colectivos.
- Bono-bus (pensionistas).

5.1.8.2.- Centros.

- Escuelas Infantiles. Alquíán  
Almendros (suburbio).
- Albergue de transeuntes.

5.1.8.3.- Personal.

- 5 Asistentes sociales.
- 1 Psicólogo.
- 2 Auxiliares Administrativos.
- 4 Animadores Socioculturales.

- 5 Limpiadoras.
- 7 Educadores de Medio Abierto.
- 1 Peón de mantenimiento.
- 14 Auxiliares de Hogar (Contrato de Servicio con la Cooperativa URCI para el Servicio de Ayuda a Domicilio).
- 13 Profesores de E.G.B. (A cuenta de Educación y Ciencia).
- 3 Auxiliares de Cocina.
- 1 Cocinera.
- 1 Directora.
- 2 Conserjes.

#### 5.1.8.4.- Esquema Programático-Informativo.

##### 5.1.8.4.1.- ¿Qué son los servicios sociales comunitarios?

Los Servicios Sociales Comunitarios pueden ayudar a mejorar tu calidad de vida, a través de Programas y Servicios dirigidos a toda la población e intentamos estar cerca de ti; en tu barrio.

Para conseguirlo los Servicios Sociales Municipales se están descentralizando.

Almería se ha dividido en 9 zonas de Trabajo Social en función del nº de habitantes y de la identidad del barrio:

- Zona 1: La Chanca - Pescadería.
- Zona 2: Centro.
- Zona 3: Plaza de Toros - Fuentejica.
- Zona 4: Altamira - Barrio Alto.
- Zona 5: Colonia de los Angeles - Almendros.
- Zona 6 : Torrecárdenas - Puche.
- Zona 7: Nueva Andalucía - Regiones.
- Zona 8: Ciudad Jardín - Zapillo.
- Zona 9: La Cañada - Cabo de Gata.

Las subrayadas son las cuatro principales suburbanas del Municipio.

Nos encontramos dentro del proceso de implantación de los Servicios Sociales Comunitarios, en las fases de toma de contacto y presentación.

5.1.8.4.2.- ¿Qué ofrecen los servicios sociales comunitarios?

- S.I.V.A.: Servicio de Información, Valoración y Asesoramiento. Te informa sobre tus derechos sociales, te orienta sobre los Servicios y Recursos que puedes utilizar....te ayuda a que soluciones tus problemas.

- S.A.D.: Si tienes graves dificultades para desenvolverte en tu vida cotidiana, por razones de salud, edad, circunstancias familiares, minusvalías, etc... el Servicio de Ayuda a Domicilio te echa una mano teniendo en cuenta tu situación.

5.1.8.4.3.- ¿Qué no ofrecen los Servicios Sociales Comunitarios?

- No dan caridad ni limosna.
- No ofrecen soluciones mágicas a todos los problemas.
- No son la oficina de empleo.

5.1.8.5.- Presupuesto. Año 1.988.

- Presupuesto Ordinario ..... 135.014.246 Ptas.
- Aportación Comunidad Autónoma
- e Instituto de Salud de SS.SS. . 52.697.475 Ptas.
- Diputación Provincial ..... 8.000.000 Ptas.

T o t a l	<hr/> 195.711.721 Ptas.
-----------	-------------------------

Presupuesto 1.989:	Ordinario	221.663.041 Ptas.
--------------------	-----------	-------------------

Total	<hr/> 351.567.415 Ptas.
-------	-------------------------

Nota. Percibir el considerable incremento que ha sufrido el presupuesto de 1.989 con respecto al de 1.988.

Fuente: Memoria-1988 y datos complementarios del Area de Bienestar social. Ayuntamiento-Almería.

## 5.2.- Inmigrantes en Almería.

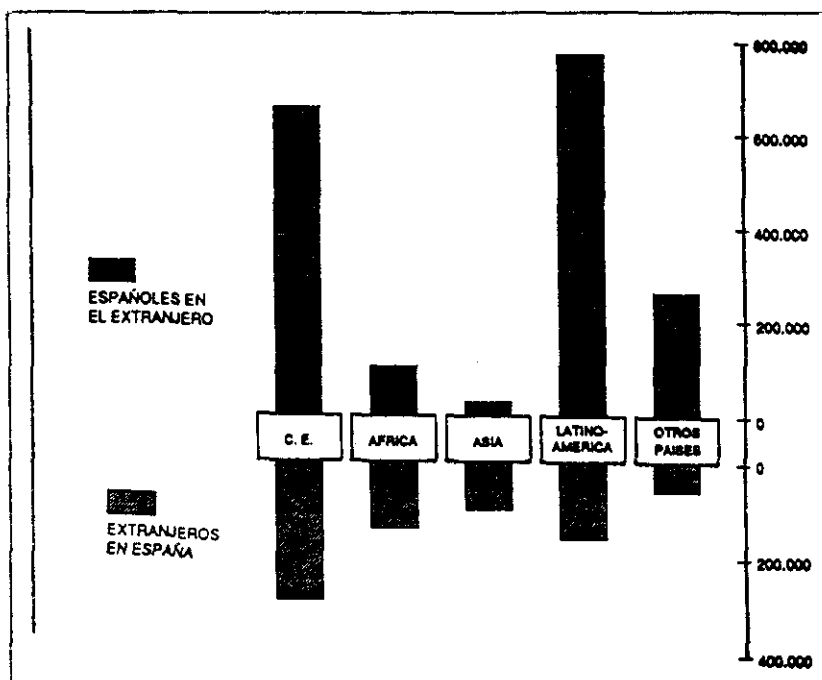
### 5.2.1.- Políticas inmigratorias Europea y Española.

"Ante la aplicación del Acta Unica en Enero 1993, los Estados de la CEE se disponen a abrir sus fronteras interiores a la vez que endurecen su política común de inmigración. España puerta de Africa y América Latina, está en el punto de mira de los socios del Norte: quieren hacernos ver que esos extranjeros son peligrosos, causan paro y economía sumergida, desestabilizan la identidad europea, etc.. En consecuencia presionan para que el gobierno y la opinión pública acepten esa lógica de exclusión."(16)

"También se levantan voces de disidentes que plantean la necesidad de ser solidarios con los refugiados políticos y los inmigrantes económicos. Europa tiene una deuda contraída con sus antiguas colonias, y, además, la libre circulación de personas entre el Norte y el Sur puede ser un factor decisivo para equilibrar las enormes desigualdades de renta entre los países".(17)

### 5.2.2.- Emigración-inmigración en España.

"La política de inmigración española, a través de la Ley de Extranjería (1955), y de Asilo y Refugio (1984), sigue los pasos de la política adoptada con anterioridad por otros países europeos, si bien manteniendo matices y aspectos particulares, así como convenios específicos de reciprocidad con gran número de países. Las detenciones y expulsiones de extranjeros por parte de las brigadas operativas de la policía se han acelerado en los últimos años. Entre 1.987 y 1.989 las detenciones de extranjeros han aumentado un 98% (de 16.392 a 32.496) las expulsiones un 110% (de 2.662 a 4.739) y las devoluciones al país de origen sin procedimientos de expulsión un 266% (de 241 a 883). A partir de mayo de 1.989 se ha detectado un notable incremento de redadas en lugares donde se concentraban inmigrantes, especialmente dirigidas a la colonia marroquí. Madrid y alrededores, Cataluña, Valencia, Almería, etc.".(18)



5.2.3.- Cuantificación y clasificación de los inmigrantes en Almería.

HABITANTES		INMIGRANTES		
		legales ofic.	estimados	clandestinos
España	38.891.313	360.062	484.334	294.000
Andalucía	6.843.500	62.060	80.360	20.000
Almería Prov.	461.237	3.000	4.600	2.100

Fuente: ASTI y elaboración propia con datos de "Almería Acoge" de El Ejido, y extrapolación de datos. Los legales oficiales me han sido facilitados por el Servicio Policial de Extranjería en Almería. He puesto el número total de habitantes para facilitar correlaciones. (19)

5.2.4.- "Almería acoge". Asociación para la atención a los extranjeros.(20)

Centro de El Ejido

Respondiendo a una gran necesidad, tratando de llenar su cometido, venciendo grandes obstáculos, está en plena actividad de servicios.

5.2.4.1.- DATOS DEMOGRAFICOS.

NACIONALIDAD: GUINEA BISSAU

Distribución de edades

. Menores de 16 años .....	55
. De 16 a 30 años .....	210
. De 31 a 45 años .....	97
. De 45 a 65 años .....	1
. Mayores de 65 años .....	---
TOTAL .....	363

Distribución por sexos.

. Hombres .....	309
. Mujeres .....	4
TOTAL .....	313

Datos familiares

. Sin familia en España .....	308
. Con familia en España .....	5
. Tamaño medio .....	2
TOTAL .....	315

Distribución por nivel de estudios

. Analfabetos o analfabetos funcionales .....	225
. Estudios primarios .....	73
. Estudios secundarios .....	14
. Estudios universitarios .....	---
TOTAL .....	312

Nivel de calificación

. Sin profesión u oficio .....	52
. Con profesión u oficio .....	261
TOTAL .....	313

Actividad laboral

Activos

. Jornaleros del campo .....	311
. Operarios del sector servicios (mozos de restaurantes, pubs, etc).	2
. Otros .....	---
TOTAL .....	313

No activos: Ninguno

Situación en España

Tiempo de permanencia en España

. Menos de 1 años .....	34
. De 1 a 4 años .....	197
. Mas de 4 años .....	22
TOTAL .....	253

Naturaleza de la estancia en España

. Permanentes .....	---
. Temporales .....	315
. Transeúntes .....	63
TOTAL .....	378

Estabilidad en la zona

. Asentados en la zona de modo permanente .....	93
. Presentes en la zona por temporadas .....	210
. Transeúntes .....	8
TOTAL .....	311

Dominio del castellano y/o oficial de la región

. No tienen ningún dominio .....	37
. Se defienden un poco .....	177
. Lo dominan bien .....	49
TOTAL .....	263

Situación legal

. Documentados (con estatuto de refugiados y/o asilados, apátridas; con permiso de trabajo y residencia ...	14
. No suficientemente documentados (activos con permiso de residencia)...	5
. No documentados (1) total .....	294
TOTAL .....	313

Situación de los regularizados

. Refugiados, asilados y apátridas...	3
. Inmigrantes legales (trabajadores).	11
TOTAL .....	14

Situación de los no regularizados (1) (Distribución en función tipología).

. Solicitantes de refugio o asilo político .....	2
. Solicitud de refugio o asilo político denegada .....	---
. Inmigrantes económicos en situación irregular .....	299
TOTAL .....	301



Datos demográficos.

Nacionalidad: Marroquí

Distribución de edades

. Menores de 16 años .....	---
. De 16 a 30 años .....	233
. De 31 a 45 años .....	150
. De 45 a 65 años .....	---
. Mayores de 65 años .....	---
TOTAL .....	383

Distribución por sexos.

. Hombres .....	379
. Mujeres .....	4
TOTAL .....	383

Datos familiares

. Sin familia en España .....	368
. Con familia en España .....	15
. Tamaño medio .....	2

Distribución por nivel de estudios

. Analfabetos o analfabetos funciona- les .....	39
. Estudios primarios .....	195
. Estudios secundarios .....	77
. Estudios universitarios .....	72
TOTAL .....	383

Nivel de calificación

. Sin profesión u oficio .....	37
. Con profesión u oficio .....	346
TOTAL .....	383

### Actividad laboral

#### Activos

. Comerciantes y vendedores ambulantes..	14
. Servicio doméstico y/o empleados de hogar .....	2
. Jornaleros del campo .....	367
. Otros .....	---
TOTAL .....	383

#### No activos

. Amas de casa-sus labores .....	2
. Estudiantes .....	6

### Situación en España

#### Tiempo de permanencia en España

. Menos de 1 años .....	43
. De 1 a 4 años .....	202
. Mas de 4 años .....	138
TOTAL .....	383

#### Naturaleza de la estancia en España

. Permanentes .....	138
. Temporales .....	240
. Transeúntes .....	5
TOTAL .....	383

#### Estabilidad en la zona

. Asentados en la zona de modo permanente .....	138
. Presentes en la zona por temporadas ..	240
. Transeúntes .....	5
TOTAL .....	383

### Dominio del castellano y/o oficial de la región

. No tienen ningún dominio .....	73
. Se defienden un poco .....	246
. Lo dominan bien .....	64
TOTAL .....	383

### Situación legal

. Documentados (con estatuto de refugiado y/o asilado, apátrida; con permiso de trabajo y residencia .....	49
. No suficientemente documentados (activos con permiso de residencia...) ....	197
. No documentados (1) total .....	137
TOTAL .....	383

### Situación de los regularizados

. Refugiados, asilados y apátridas .....	---
. Inmigrantes legales .....	54

### Situación de los no regularizados

(1) (Distribución en función tipológica).

. Inmigrantes económicos en situación irregular .....	137
---	-----

### Datos demográficos

Nacionalidad: Senegal

### Distribución de edades

. Menores de 16 años .....	---
. De 16 a 30 años .....	164
. De 31 a 45 años .....	24
. De 45 a 65 años .....	---
. Mayores de 65 años .....	---
TOTAL .....	188

Distribución por sexos.

. Hombres .....	188
. Mujeres .....	---
TOTAL .....	188

Datos familiares

. Sin familia en España .....	138
. Con familia en España .....	---
. Tamaño medio .....	---
TOTAL .....	138

Distribución por nivel de estudios

. Analfabetos o analfabetos funcionales .....	66
. Estudios primarios .....	105
. Estudios secundarios .....	17
. Estudios universitarios .....	---
TOTAL .....	188

Nivel de calificación

. Sin profesión u oficio .....	33
. Con profesión u oficio .....	155
TOTAL .....	188

Actividad laboral

Activos

. Operarios no cualificados en industria y construcción, minería, etc. ..	188
---	-----

No activos: Ninguno

### Situación en España

#### Tiempo de permanencia en España

. Menos de 1 año .....	15
. De 1 a 4 años .....	170
. Mas de 4 años .....	3
TOTAL .....	188

#### Naturaleza de la estancia en España

. Permanentes .....	---
. Temporales .....	176
. Transeúntes .....	12
TOTAL .....	188

#### Estabilidad en la zona

. Asentados en la zona de modo permanente .....	68
. Presentes en la zona por temporadas .	120
. Transeúntes .....	---
TOTAL .....	188

#### Dominio del castellano y/o oficial de la región

. No tienen ningún dominio .....	24
. Se defienden un poco .....	110
. Lo dominan bien .....	54
TOTAL .....	188

#### Situación legal

. Documentados (con estatuto de refugiados y/o asilados, apátridas; con permiso de trabajo y residencia) .....	4
. No suficientemente documentados (activos con permiso de residencia) ....	1
. No documentados (1) total .....	183
TOTAL .....	188

### Situación de los regularizados

. Inmigrantes legales (trabajadores) ...	4
TOTAL .....	4

### Situación de los no regularizados

(1) (Distribución en función tipología).

. Inmigrantes económicos en situación irregular .....	188
TOTAL .....	188

#### 5.2.4.2.- Fundamentación de la realidad y del proyecto y objetivos.

La zona del poniente Almeriense, en concreto el Municipio de El Ejido, está siendo un foco de inmigración de los más fuertes de Andalucía, como consecuencia del desarrollo de los cultivos de invernadero.

De estos inmigrantes es preciso contemplar de manera particular el colectivo de extranjeros, por lo específico y grave de su problemática. La situación de ilegalidad les sitúa al margen de toda protección, e incluso a la asociación se le margina de algunas de las posibles ayudas públicas. Ser ilegal es como no existir, o no tener derecho alguno para cualquiera de los organismos oficiales.

El tipo de trabajo que desempeñan es de manera discontinua, dándose casos donde se trabaja un día o dos a la semana; por supuesto sin que medie contrato alguno. En estas condiciones se vive siempre en función de la buena o mala voluntad de quien contrata. Algo parecido podríamos decir de la polémica situación de la explotación, depende únicamente de la moralidad del "amo".

La vivienda es un lujo para el extranjero. Nadie alquila una vivienda a un extranjero, y si lo hace es con unos precios que sólo la maximización hará posible el que puedan costeársela. Es frecuente que se viva debajo de un puente, en cortijos semiderruidos o en almacenes donde se guardan los materiales y productos para el tratamiento agrícola.

La condiciones alimenticias son cada día más alarmantes, no sólo por ser desequilibradas, sino porque son escasas. No es una exageración afirmar que en medio de un inmenso desarrollo se está pasando hambre.

Un servicio de ducha cuesta quinientas pesetas cada vez en cualquiera de las pensiones de este pueblo, lo cual no deja de ser un lujo para estas personas, y un abuso de estas otras que se benefician de la situación de marginación en que viven. Desde aquí es fácil de explicarse que mayoritariamente vayan verdaderamente sucios

El centro tiene como objetivos específicos.

- 1º.- Facilitar un lugar y una mesa donde poder comer.
- 2º.- Fomentar y facilitar la higiene personal.
- 3º.- Posibilitar el descanso, el ocio y el encuentro entre los inmigrantes.
- 4º.- Elevar el nivel cultural y la capacidad de integración del extranjero.

#### 5.2.4.3.- Memoria de actividades 1.989.

##### . Asesoramiento Jurídico.-

Han pasado para hacer consultas a los abogados, o para gestionar documentos diversos un total de 197 personas por el Centro de El Ejido, y 57 por el Centro de Roquetas de Mar.

##### . Programa de Alfabetización.-

En este servicio han participado un total de quince profesores, con un número de alumnos de ochenta y siete en El Ejido y veintisiete en Roquetas. El veintiséis por ciento han aprendido correctamente a leer y escribir el castellano. El resto ha progresado enormemente aunque por la falta de continuidad unas veces, y otras por las dificultades de su nivel aun no podemos decir que sepan castellano, pero al menos verbalmente casi todos ya pueden entenderse.

#### . Asistencia Social.

Durante el curso pasado dos Asistentes Sociales han venido atendiendo de lunes a viernes cuantas consultas o gestiones les han sido solicitadas, el número total de personas que han acudido a este servicio ha sido de quinientas treinta y cuatro.

#### . Asistencia Médico-Farmacéutica.

Ochenta y seis personas por el centro de El Ejido y veintisiete por el de Roquetas han sido atendidas de muy diversos tipos de enfermedades, que oscilan desde simples catarros a otras de tipo sexual o pequeños accidentes o lesiones. Algunos tuvieron que ser hospitalizados e intervenidos.

#### . Atención de Tipo Primario.

Aunque no es esta la finalidad más importante de la Asociación la extrema precariedad de algunas personas nos ha obligado a prestar ayudas en cuestiones de primera necesidad, si bien la cantidad invertida es difícil de cuantificar.

También está en activo su homólogo "Centro de Acogida Roquetas de Mar".

#### 5.2.5.- La detención de inmigrantes clandestinos como noticia.

Como simple muestra esta noticia. "DETENIDOS EN ALMERÍA DIEZ MARROQUIES POR ENTRAR CLANDESTINAMENTE EN ESPAÑA". La embarcación en la que viajaban los marroquíes encalló a primera hora de la mañana de ayer en la playa de la Mona, a 200 metros del túnel de la Parra. Los marroquíes detenidos ayer por la Guardia Civil fueron sometidos a una inspección médica ante el peligro de contagio del cólera, enfermedad que afecta al Reino de Marruecos desde hace un mes". Así, título y dos de los subtítulos que enmarcan la información, con una foto de la citada playa. La noticia ocupa media página. (21) Este tipo de noticia es frecuentemente usual en nuestros tres periódicos provinciales.



## NOTAS

- (1) I.N.E. y elaboración propia, especialmente apartado 2.
- (2) MARQUEZ CRUZ, G.: "Aproximación a la Estructura Social de la Provincia de Almería". Págs. 148-159. (Para corregir, por mi parte datos de la Pag. 153, Enseñanza Primaria, años 1980-1981, deben ser 66.677; son en el texto 56.927. En el año 1981-1982, deben ser 68.226; pone el texto a corregir, 58.874.) En, Almería, I. Enciclopedia (IV volúmenes) 1983. Ed. Andalucía de Ediciones Anel, S.A. Granada.
- (3) VV.AA.: El modelo Universitario Almeriense (1988). Opúsculo sobre la exposición informativo, celebrada en el Patio de Luces de la Diputación Provincial de Almería. días 25 de Abril al 3 de Mayo 1988. Consta de 11 págs.. De este van datos y reproducciones en el apartado 3: Estudios Universitarios.
- (4) ALMERÍA-JUNTA" Bol. Informativo. Junio, 1989(nº 5) "TRES FACULTADES PARA ALMERÍA".

Las fuentes escritas utilizadas en el apartado sobre salud y enfermedad han sido las siguientes:

- BOJA ( Boletín Oficial Junta de Andalucía. Núm. 2;10/-01/1989. Págs. 43-45) "Decreto de Ordenación de los Servicios de Atención a la Salud Mental".
- I A S A M (Instituto Andaluz de Salud Mental) (1990) La Reforma Psiquiátrica Andaluza. Facilita datos estadísticos desde Enero/1984 a Enero/1990, cuantificando y cualificando la justificación de la Reforma: "se ha diseñado un nuevo modelo de servicios alternativos al Manicomio, de base y orientación comunitaria e integrado en el Servicio Andaluz de Salud". Para ello se ha creado en 1.984 el IASAM, integrado en la Consejería de Salud y Servicios Sociales, Junta de Andalucía.
- IDEM (1990) Guía de Recursos para la Atención Mental. Para cada una de las provincias andaluzas. Facilita, con un sistema de fichas, la comprensión de los servicios, datos sobre cada uno de ellos y mapa de situación de los Distritos Sanitarios en la provincia. Editados: Junta de Andalucía, Sevilla.
- IDEM (1991, febrero) Memoria - 1988, redactada por la Gerencia Provincial en Almería, del Instituto Andaluz

de Salud Mental.

- DIEZ GARCIA, F. (1990) "Situación en Almería del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida". En Almería Médica, Rev. nº 10/1990. Ed. Colegio Oficial de Médicos. Págs 13-16.
- IDEM. (1991) Estadística. Mimeo, 19 págs. Entrevista con el Dr. Díez y Dr. Pérez Company, Abril 1991, en el Gran Hospital Torrecárdenas. Almería.

- (5) SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. Gerencia Provincial de Almería. MEMORIA 1.988. Consta de 183 Págs.

Rodríguez, C.: "17.000 almerienses planifican en el 88 su vida sexual en un Centro de Salud.- El aborto". en, "LA VOZ DE ALMERÍA" (21.05.1989; pag 14). Para ampliación de datos sobre planificación familiar.

- (6) FERNANDEZ MIRANDA, R.: (1.988) La lepra en Almería. Estudio presentado en la reunión de dermatólogos Andaluces en Banalmádena, Octubre 1.988. Ciclosfilado.

- (7) TRACOMA: Conjuntivitis granulosa. "Es una grave inflamación de la mucosa conjuntival que reviste la superficie interna de los párpados. El nombre de tracoma recibe esta afección del adjetivo griego "trakus", que quiere decir áspero; efectivamente, las granulaciones que produce esta enfermedad son como unas pequeñas excrescencias o asperezas que sobresalen del plano de la mucosa conjuntival, normalmente lisa y brillante. El agente causante de la misma es viral y el tratamiento es sintomático, pero la antibioterapia ha mejorado mucho la evolución, ya que antiguamente las secuelas de la tracomatosis eran tremendas".

La tracomatosis almeriense es un dato importante para acreditar la titularidad para Almería de haber sido, hasta poco ha, la "cenicienta" de España. En 1.952 existían índices muy elevados de tracoma. En este año, entre los escolares reconocidos en Carboneras y Cuevas de Almanzora llegaban al 70% los que padecían tracoma. En Huerca-Overa, Macael y Roquetas de Mar superaban el 50% los escolares que padecían dicha endemia.

Fuente: ALVAREZ MINGUEZ, M. (1.961) "Cómo emigran". En Almería Provincia Emigrante. Memoria de Graduado Social. No publicada. Escuela Social de Granada Págs. 151-158.

En el año 1.965 se toma conciencia del problema. La campaña antitracomatosa entre pescadores almerienses, cuyos datos referidos se reducen casi exclusivamente a "La Chanca", barrio de Pescadería, nos facilita estas cifras:

Censo de familia pescadora .....	1.360
Reconocidos en su totalidad .....	1.141
Reconocidos parcialmente .....	84

Las 1.225 familias reconocidas en "La Chanca" tiene 4.937 beneficiarios:

Mayores de 12 años	59,42%
Menores de 12 años	40,58%

El 49,79% de los familiares estaban afectados de tracomatosis:

De los mayores de 12 años	26,95%
De los menores de 12 años	23,71%

Índice de los curados tras tres campañas efectuadas: 73,71%

Fuente: García, C. y otros: (1.967) "Informe sobre La Chanca de Almería". En, Proyecto de informe sobre la situación social de Almería y recomendaciones para programar su situación. Pág 113. Ed. FOESSA- Madrid. 1.967. Ciclostilado.

N.B.: Todo el material básico del estudio obra en mi poder desde que FOESSA hizo la redacción final. Como suponía las protestas contra "la verdad amarga" que se denunciaba, no metí en la tabulación 12 encuestas a fin de poder acreditar documentalmente mi honestidad, al probar fehacientemente que los números que "gritaban denuncia" lo hacían por defecto de 12 familias no tabuladas.

- (8) MONTERO, M.; ALARCON A. F.; Y OTROS. Evangelizar en Almería. (1988). Pags. 215. Ed.: Cajalmería. Almería.  
Sus tres partes:  
- La Religión de los Almerienses: Sociología. (Págs. 10-95)

- Reflexión Pastoral. (Págs. 97-147).
  - Apéndice Documental. (Págs. 149-215).
- En cada una de las partes abundan las notas bibliográficas, que omito por brevedad y por la facilidad de acceder al texto original.
- (9) FERNANDEZ, F. (1.985): "La religiosidad de la juventud española". En Catolicismo en España, VV.AA. Págs. 201. Ed. Instituto de Sociología Aplicada de Madrid.
  - (10) DOMINGUEZ, C. (1.989): "Religiosidad: ¿magia o tabú?". En Diálogo, Rev. nº 153, Págs. 19-25. Ed. PP. Jesuitas. Sevilla.
  - (11) GARAY, C. (1990): "HAMBRE". Artículo periodístico. En EL MUNDO (16.01.90) Pág. 4.
  - (12) VICENT, J. DIDIER (1986): Biologie des passions. Ed. Odile Jacob. París. Trad. (1987): Biología de las pasiones. Ed. Anagrama. Barcelona. Especialmente Cap. 10. El hambre y la sed. (Págs. 206-234).
  - (13) COMIN, A.C. (1970): Noticia de Andalucía. Ed. Edicusa (Cuadernos para el diálogo). Reedición por Biblioteca de la Cultura Andaluza, Nº29, Junta de Andalucía, 1.985. Apoya sus afirmaciones en: Pemán, J.M. (1966) Andalucía. Ed. Destino. Barcelona 2ª edición. Hermet, G. (1966) "Les étrangers en France". En "Esprit". Rev. Abril. Lewis, O. (1962). Antropología de la pobreza. F.C.E. México 2ª edición. Lewis, O. (1965). Los Hijos de Sánchez. F.C.E. México 2ª edición. Lewis, O. (1966). Pedro Martínez. Ed. Joaquín Mortiz. México.
  - (14) CABEZA, O. (1986) "Estómagos vacíos", La Chanca-Almería. Reportaje Literario gráfico. En, "Cruz Roja" -Rev. nº869, Sept.1.986- Monográfico: "EL CUARTO MUNDO: barrios marginales" (Págs.16-17). Reportero gráfico Santos Cirilo.
  - (15) FOESSA (1967). Proyecto de Informe sobre la situación social de Almería y recomendaciones para programar su solución. Todo el material base utilizado obra en mi poder. La Chanca supera con muchísimo a todos los demás núcleos suburbanos juntos que forman el "capacete" de la ciudad, como semicírculo a la línea del mar.
  - (16) AA.VV (1.990) "Extranjeros". En, Exodo. Rev. Nº 4, Julio, monográfico sobre el tema. Pag. 5. Centro Evangélico y liberación. Madrid.

- (17) IDEM. Pag. 8.
- (18) IEE-IOE (Instituto Español de Migración y Colectivo IOE) En, o.c. Pag. 9.
- (19) ASTI (1990) (Asociación Solidaridad Trabajadores Inmigrantes) "Campaña proregulación e integración: ante el V Centenario" (Titulo VI). Madrid.
- (20) ALMERIA ACOGE (1.990)- Centro de El Ejido. Director Juan Sánchez Miranda. Bajo esta misma denominación funciona otro Centro en Roquetas de Mar. Directora María Orta García. A este se han acogido menos inmigrantes. Entre ambos no dan las cifras de todos los que habitan en ambas zonas. No pocos prefieren el anonimato, el ocultamiento. Los dos Centros están legalizados civilmente desde Noviembre de 1.987. Ubicados ambos al poniente almeriense. También hay trabajadores almerienses inmigrantes clandestinos en el levante, Campos de Níjar, muchos menos que en el poniente, sin poderlos cuantificar sino aproximadamente.
- (21) "LA VOZ DE ALMERIA". Domingo 9 de Septiembre de 1.990, pag. 16, con anuncio en titulares en primera página. También "EL PAIS", domingo 09.09.1990, en pag. 3: "DETENIDOS EN ALMERÍA 10 MARROQUIES QUE ENTRARON ILEGALMENTE EN ESPAÑA". Da especial importancia a las medidas sanitarias especiales para evitar el contagio del cólera. La extensión de la noticia ocupa una columna de dicho diario.
- 
- En películas: "Eh, tú, negro". "Las cartas de Alou", primera película sobre los inmigrantes africanos en España".- "¡Eh, tu, negro!" era, hasta hace poco tiempo, un insulto lejano para los españoles. Lo oíamos sólo en las películas norteamericanas. Hoy, en España, con el asentamiento de inmigrantes africanos, se ha convertido en muy común en zonas como Almería, el Maresme y Madrid"... (EL PAIS, 1.09.1990, pag. 21).

#### IV.- ALMERIA Y TOXICOMANIA



#### IV.- ALMERIA Y TOXICOMANIA

- 1.- Modernidad y Juventud española.
- 2.- La Juventud Andaluza: Los jóvenes almerienses.
- 3.- Andalucía ante las drogas.





## 1.- Modernidad y juventud Española.

### 1.1.- La España de hoy. La juventud española hoy.

Aunque es verdad que no existe una única cultura juvenil, sino más bien múltiples y diversas, y que se trata de un fenómeno complejo y dinámico difícilmente sintetizable, sin embargo, existe un fondo común subyacente que, de alguna manera, configura el "rostro" de la juventud actual.

En el cuadro, que figura a continuación, pueden verse los cinco rasgos que caracterizan el contexto social de la modernidad, en confrontación con las características de la actual cultura juvenil española. Una simple lectura de los mismos nos confirma claramente que el "proceso de modernización" producido en España durante las últimas décadas está siendo fuertemente integrado y asumido particularmente por las generaciones jóvenes.

Quizá la verdadera clave para conocer en qué y hasta dónde es diferente la juventud de hoy de la de ayer, o la de anteayer, no esté tanto en la juventud misma cuanto en el contexto social que vive dicha juventud. Creo que es más realista este enfoque y valoración "situacional", que cualquiera otro de tipo genérico y abstraccionista. (1)

#### SOCIEDAD MODERNA

A - La España de "Hoy"	B - Juventud española de hoy: Características más significativas.
1) Pluralismo cultural y estructural (diferenciación social): desconfesionalismo ideológico - religioso; necesidad de "diálogo" y de los sistemas "democráticos" para lograr la integración social necesaria. El "proceso educativo" es cada vez más "personalizado" y tiende a generalizarse y exigirse a todos en las etapas básicas, al menos..	1) Voluntad de autonomía y tendencia socializante: afirmación personal y tendencia a la "solidaridad". Ruptura de modelos tradicionales y aceptación del "pluralismo" familiar, social y religioso. Rechazo de liderazgos e ideologías extremistas. Desintegración y diferenciación sociales. Se acentúa y valora la espontaneidad y se rechaza todo dirigismo. Rechazo de las

Instituciones de todo tipo, por sistema. Multiplicidad de formas contestatarias, disminuyendo la agresividad y aumentando la indiferencia. Grandes contradicciones....

2) Progresivo desarrollo científico-técnico y configuración de la llamada mentalidad empirista (legitimación experimental y sentido pragmático-utilitarista): Conciencia social "transitiva" (racionalidad). Todo lo metafísico, y con ello en gran parte, la "religiosidad tradicional", queda descalificado y deslegitimado. La sociedad misma se "seculariza" progresivamente.

2) Predominio de la "mentalidad empírica" y apertura a un mundo nuevo, a una sociedad más tecnificada y secularizada: aceptan, se integran, y valoran positivamente el proceso científico-técnico (civilización electrónica), tendencia a valores más "universales". Ruptura de fronteras convencionales. Sensibles a los colonialismos y discriminaciones sexuales, sociales, etc.. Más abiertos a futuro, con miedo e inseguridad crecientes....

3) Se configuran y desarrollan las grandes "concentraciones urbanas" (el fenómeno urbanístico): Aumenta la "división del trabajo"; los roles y status son "adquiridos", y se incrementa la movilidad geográfica y social a todos los niveles. El "aislamiento geográfico" tiende a desaparecer con el desarrollo de las comunicaciones y los "mass media", la electrónica y la tecnoinformática - (sociedad informatizada) -. Tiende a romperse toda la estructura organizativa piramidal del modelo tradicional y aumenta la "solidaridad orgánica".

3) Es una juventud nacida y educada en las grandes "concentraciones urbanas", con experiencias aceleradas de lo bueno y lo malo que caracteriza a la ciudad moderna: exuberancia de vitalidad instintiva, con más interés por ser: predomina el "vitalismo", la "subjetividad", a pesar de sus tendencias vitales, personales y sociales, que hoy se dan desarrollándolas en todas las direcciones, al servicio de la "libertad", de la "felicidad", de la "sinceridad-espontaneidad", del "amor", etc....

4) Regímenes democráticos con absoluto reconocimiento de las libertades personales y grupales: Se incrementa la participación social de la corresponsabilidad desde el "bien común"... Consolidación

4) Antiautoritarismo, desarrollo de la "conciencia crítica" y rechazo de toda imposición, órdenes establecidas, etc.... Prefieren claramente los sistemas democráticos y de la máxima

del "Estado de Derecho"....

permisividad.... Tendencia al "pacifismo" y movimientos "ecologistas".... Predominio entre ellos de las "relaciones horizontales" e informales (lo comunitario a lo societario)....

---

5) Antropocentrismo y naturaleza "dinámica" del mundo: Desacralización y reconocimiento de la autonomía de lo temporal. El hombre domina al mundo con la ciencia y la técnica. Religiosidad del tipo "secular", caracterizada por una fe entendida como "relación" hombre-Dios en libertad responsable... Predomina la "opción personal"...

5) Indiferencia por el orden objetivo moral o ético y fuerte tendencia a subjetivizar todos los "valores religiosos": Prefieren relaciones directas con Dios y rechazan todo tipo de intermediario, sobre todo las "mediaciones institucionalizadas" -(las Inst. Religiosas)-; predomina una "religiosidad por libre".....; abandono masivo de las "prácticas culturales organizadas o institucionalizadas". Fuerte sensibilidad ante los valores humanistas, como: libertad, dignidad personal, derechos humanos, solidaridad, amistad, paz, autenticidad, sinceridad, vida...., que la "utopía" sea realidad ya....., pero rechazan comprometerse; miedo a la libertad...

---

Un simple análisis comparativo entre las columnas A y B nos demuestra claramente la correlación existente entre las características propias e indicativas de un contexto social de modernidad y los rasgos básicos que configuran el rostro común de la juventud española de hoy. Su mentalidad, actitudes y comportamientos sociales sintonizan profundamente y son expresivos de un sistema de valores identificable, con los que caracterizan al hombre moderno. Entre los jóvenes existe un gran pluralismo, contraculturas y subculturas juveniles; pero existe, así mismo, un fondo común, unas aspiraciones básicas, coincidentes y configuradoras de ese "rostro juvenil" subyacente en todos o en la mayoría de las nuevas generaciones españolas.

En este paradigma ha crecido y se desarrolla la

juventud almeriense y tienen lugar los comportamientos anómicos de los toxicómanos que estudiamos: internacionales, españoles, andaluces -por almerienses- en la cárcel y en la calle.

El marco teórico precedente ha tenido como fuentes a Fernández, F. (1989) y a Ortega, V. (1.985) cuyas obras se citan en las notas (2) y (3) respectivamente.

## 2.- La juventud andaluza: los jóvenes almerienses

### 2.1.- Descripción estadística.

Los marcos de encuadramiento: Europeo, Español en la modernidad, nos conducen a la enmarcación de la Juventud de nuestro Estudio, en la Juventud de la Autonomía Andaluza. "LOS JOVENES ANDALUCES: UNA ACTITUD REALISTA ANTE LA VIDA", (4) editada por la Consejería de Cultura de la Junta de Andalucía, es la fuente principal de este apartado. Tanto en el 1) Descripción estadística, como en el 2) algunas actitudes de la juventud andaluza, es ALMERIA la que reclama especial atención. Así, estimo innecesarias interpretaciones literarias cuando los datos patentes "cantan" su situación en el marco andaluz.

#### 2.1.1.- Población juvenil andaluza por edad y sexo y por provincias.

PROVINCIAS	DATOS	15 A 19 AÑOS	20 A 24 AÑOS	25 A 29 AÑOS	JOVENES 15-29 A
ALMERIA	TOTAL	38.268	33.139	26.326	97.733
	VARONES	19.722	16.870	13.178	49.770
	MUJERES	18.546	16.269	13.148	47.963
CADIZ	TOTAL	97.270	83.275	68.097	248.642
	VARONES	49.816	42.245	34.632	126.693
	MUJERES	47.454	41.030	33.465	121.949
CORDOBA	TOTAL	71.024	59.466	44.012	174.502
	VARONES	36.259	30.246	22.395	88.900
	MUJERES	34.765	29.220	21.617	85.602
GRANADA	TOTAL	77.534	63.670	45.233	186.437
	VARONES	39.714	32.529	23.120	95.363
	MUJERES	37.820	31.141	22.113	91.074
HUELVA	TOTAL	36.309	31.467	25.770	93.546
	VARONES	18.339	16.196	13.034	47.569
	MUJERES	17.970	15.271	12.736	45.977

PROVINCIAS	DATOS	15 A 19 AÑOS	20 A 24 AÑOS	25 A 29 AÑOS	JOVENES 15-29 A
JAEN	TOTAL	65.151	51.889	36.878	153.918
	VARONES	32.805	26.533	18.785	78.123
	MUJERES	32.346	25.356	18.093	75.795
MALAGA	TOTAL	95.091	81.103	68.030	244.224
	VARONES	48.859	41.016	34.160	124.035
	MUJERES	46.232	40.087	33.870	120.189
SEVILLA	TOTAL	139.703	114.177	96.524	350.404
	VARONES	71.344	57.336	48.609	177.289
	MUJERES	68.359	56.841	47.915	173.115
ANDALUCIA	TOTAL	620.350	518.185	410.871	1.549.406
	VARONES	316.918	262.969	207.912	787.799
	MUJERES	303.434	255.215	202.958	761.607

Fuente: I N E, elaboración propia  
Censo: 1981

El cuadro anterior refleja la población juvenil andaluza por sexo y edad, y en cada una de las provincias de la Comunidad Autónoma. La provincia que cuenta con más población juvenil residiendo en ella es Sevilla, seguida de Cádiz y de Málaga, y las de menos jóvenes son Almería y Huelva. La provincia de Sevilla acoge a casi la cuarta parte de los jóvenes andaluces.

Sevilla, junto con Cádiz y Málaga tienen a más de la mitad de los jóvenes de la Comunidad Autónoma (54,3%).

#### 2.1.2.- Jóvenes de cada provincia respecto a Andalucía en %.

El cuadro siguiente nos muestra el porcentaje de jóvenes que residen en cada provincia respecto del total de jóvenes andaluces.

El grupo de edad más numeroso, es lógicamente el de 15 a 19 años.

ANDALUCIA		15 A 19 AÑOS	20 A 24 AÑOS	25 A 29 AÑOS	TOTAL JOV. 15 A 29 AÑOS
ANDALUCIA	TOTAL	100	100	100	100
	VARON	51,09	50,75	50,6	50,85
	MUJER	48,91	49,25	49,4	49,15
ALMERIA	TOTAL	6,17	6,39	6,41	6,30
CADIZ	TOTAL	15,68	16,07	16,57	16,04
CORDOBA	TOTAL	11,45	11,48	10,71	11,26
GRANADA	TOTAL	12,50	12,29	11,01	12,03
HUELVA	TOTAL	5,85	6,07	6,27	6,03
JAEN	TOTAL	10,50	10,01	8,97	9,93
MALAGA	TOTAL	15,33	15,65	16,56	15,76
SEVILLA	TOTAL	22,52	22,03	23,49	22,61

Fuente: I N E, Elaboración propia.  
Censo: 1.981

### 2.1.3.- Jóvenes por habitante, edad y provincia.

Se da una importante diferencia entre la población que reside en zonas rurales: 20,1% para España, lo que supone más de siete puntos porcentuales por encima de lo que ocurre en nuestra Comunidad Autónoma. Consecuentemente, el porcentaje de población en zonas intermedias es inferior a nivel nacional que en Andalucía.

La estructura agraria andaluza, y las características especiales de la propiedad de la tierra son las causantes de la existencia en esta Comunidad Autónoma de un gran número de obreros agrarios mucho más afectados por la emigración que otras categorías sociales y profesionales.

La brusca disminución de los flujos migratorios, del campo a las ciudades, en la década de los ochenta, ha imposibilitado la emigración hacia zonas con mayor poder económico a muchos jóvenes, sobre todo a los de edades comprendidas entre lo 20 a 24 años que configuran el sector más móvil entre los emigrantes.

Los altos niveles de paro de las ciudades obligan a



los jóvenes a permanecer en sus zonas agrícolas de nacimiento, en las cuales, tampoco consiguen un nivel adquisitivo suficiente que les permita emanciparse de la unidad familiar, por lo que se comienza a apreciar un aumento de los jóvenes solteros en ámbitos rurales, especialmente varones.

El cuadro siguiente muestra las diferencias interprovinciales de los jóvenes andaluces según su tipo de hábitat. Resulta que también dentro de Andalucía existen grandes diferencias; así, mientras en Sevilla la población juvenil rural es sólo de un 5%, en Granada es el 28,1%; en ambas por encima de la media nacional. En Almería es el 32,22%.

#### Jóvenes andaluces por hábitat, edad y provincia

PROVINCIAS	15 A 19 AÑOS	20 A 24 AÑOS	25 A 29 AÑOS	TOTAL JÓVENES	%
ZONA					
ALMERIA TOTAL	38.628	33.139	26.326	97.733	100
ZONA RURAL	12.585	10.914	7.982	31.481	32,22
Z. INTERMEDIA	10.629	9.169	7.606	27.404	28,03
ZONA URBANA	15.054	13.055	10.737	38.846	39,74
CADIZ TOTAL	97.270	83.275	68.097	248.642	100
ZONA RURAL	8.951	7.051	5.072	21.074	8,47
Z. INTERMEDIA	14.345	11.689	9.601	35.635	14,33
ZONA URBANA	73.974	64.535	53.424	192.933	77,59
CORDOBA TOTAL	71.024	59.466	44.012	174.502	100
ZONA RURAL	10.005	8.028	5.343	23.376	13,40
Z. INTERMEDIA	17.998	14.471	9.881	42.350	24,27
ZONA URBANA	43.022	36.966	28.788	108.776	62,33
GRANADA TOTAL	77.534	63.670	45.233	186.437	100
ZONA RURAL	23.564	17.939	11.053	52.556	28,19
Z. INTERMEDIA	20.935	16.376	11.621	48.932	26,24
ZONA URBANA	33.035	29.355	22.559	84.949	45,56
HUELVA TOTAL	36.309	31.467	25.770	93.546	100
ZONA RURAL	4.289	3.786	2.969	11.044	11,80
Z. INTERMEDIA	14.166	12.121	9.186	35.473	37,92
ZONA URBANA	17.854	15.559	13.615	47.028	50,27

PROVINCIAS	15 A 19 AÑOS	20 A 24 AÑOS	25 A 29 AÑOS	TOTAL JÓVENES	%
ZONA					
JAEN TOTAL	65.151	51.888	36.877	153.916	100
ZONA RURAL	11.854	8.917	5.166	25.937	16,85
Z. INTERMEDIA	22.419	17.619	11.832	51.870	33,70
ZONA URBANA	30.878	25.352	19.879	76.109	49,45
MALAGA TOTAL					
95.091	81.103	68.030	244.224	100	
ZONA RURAL	10.670	9.117	6.105	25.892	10,60
Z. INTERMEDIA	20.863	16.874	13.563	51.300	21,00
ZONA URBANA	63.558	55.112	48.363	167.033	68,40
SEVILLA TOTAL					
139.703	114.177	96.524	350.404	100	
ZONA RURAL	7.880	5.983	3.976	17.839	5,10
Z. INTERMEDIA	28.801	22.656	19.473	70.930	20,22
ZONA URBANA	103.022	85.538	73.075	261.635	74,67
ANDALUCIA					
TOTAL	620.350	518.815	410.871	1549.406	100
ZONA RURAL	89.797	71.735	47.666	209.199	13,50
Z. INTERMEDIA	150.156	120.975	92.763	363.894	23,49
ZONA URBANA	380.397	325.475	270.442	976.309	63,01

Fuente: I.N.E., Elaboración propia. Censo 1981

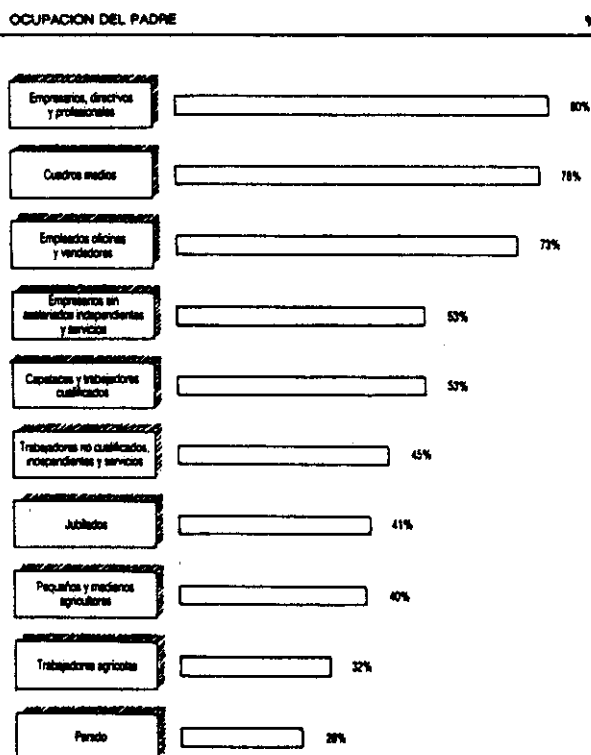
2.1.4.- Escolarización a niveles de B.U.P., F.P.1 y 2, y C.O.U. en Andalucía.

PROVINCIA TASA DE ESCOLARIZACIÓN  
(de 14 a 17 años %)

ALMERIA	56'24%
CADIZ	53'33%
CORDOBA	51'70%
GRANADA	59'47%
HUELVA	56'25%
JAEN	48'69%
MALAGA	61'22%
SEVILLA	58'03%
ANDALUCIA	56'19%

Fuente: Censo 1981

2.1.5.- Estudiantes según la ocupación del padre  
(1982) en % a nivel de Estado.



Fuente: Censo 1981

### 2.1.6.- Analfabetismo de los jóvenes andaluces.

Tasas y analfabetismo por edad de los jóvenes andaluces. (Analfabetos por 1.000 habitantes).

PROVINCIAS	TOTAL		GRUPOS DE EDAD					
	TOTAL	TASA	DE 15 A 19 TOTAL	TASA	DE 20 A 24 TOTAL	TASA	DE 25 A 29 TOTAL	TASA
<b>TOTAL COMUNIDAD</b>	5.223.165	115	620.350	15	518.184	21	410.870	34
<b>ALMERIA TOTAL</b>	332.226	107	38.268	17	33.139	23	26.326	33
ZONA RURAL	116.116	125	12.585	15	10.914	26	7.982	38
Z. INTERMEDIA	89.946	116	10.629	19	9.169	26	7.606	27
ZONA URBANA	126.163	85	15.054	19	13.055	18	10.737	33
<b>CADIZ TOTAL</b>	779.928	101	97.270	15	83.275	24	68.097	38
ZONA RURAL	64.194	143	8.951	17	7.051	28	5.072	52
Z. INTERMEDIA	113.832	173	14.345	22	11.689	36	9.601	67
ZONA URBANA	601.902	83	73.974	13	64.535	21	53.424	32
<b>CORDOBA TOTAL</b>	598.663	136	71.024	13	59.466	20	44.012	36
ZONA RURAL	82.416	183	10.005	21	8.028	29	5.343	49
Z. INTERMEDIA	150.118	177	17.998	13	14.471	19	9.881	51
ZONA URBANA	366.099	109	43.022	11	36.966	19	28.788	28
<b>GRANADA TOTAL</b>	625.972	110	77.534	14	63.670	18	45.233	26
ZONA RURAL	186.845	143	23.564	10	17.939	17	11.053	31
Z. INTERMEDIA	165.486	131	20.935	20	16.376	29	11.621	32
ZONA URBANA	273.641	75	33.035	12	29.355	11	22.559	21
<b>HUELVA TOTAL</b>	340.786	123	36.309	21	31.467	22	25.770	29
ZONA RURAL	45.041	143	4.289	21	3.786	24	2.969	32
Z. INTERMEDIA	132.506	143	14.166	22	12.121	20	9.186	38
ZONA URBANA	163.339	101	17.854	20	15.559	23	13.615	23
<b>JAEN TOTAL</b>	529.913	148	65.151	16	51.888	22	36.877	38
ZONA RURAL	90.297	193	11.854	18	8.917	31	5.166	60
ZONA INTERMEDIA	187.193	170	22.419	16	17.619	20	11.832	36
ZONA URBANA	252.423	116	30.878	15	25.352	20	19.879	33
<b>MALAGA TOTAL</b>	829.913	97	95.091	11	81.103	15	68.030	22
ZONA RURAL	95.163	145	10.670	15	9.117	17	6.105	37
ZONA INTERMEDIA	178.118	132	20.863	14	16.874	20	13.563	28
ZONA URBANA	556.631	77	63.558	9	55.112	14	48.363	19
<b>SEVILLA TOTAL</b>	1.185.794	115	139.703	17	114.177	26	96.524	43
ZONA RURAL	56.779	165	7.880	30	5.983	33	3.976	69
ZONA INTERMEDIA	147.803	165	28.801	26	22.656	36	19.473	63
ZONA URBANA	881.212	97	103.022	14	85.538	23	73.075	36

Fuente: Censo 1981

2.1.7.- Parados que buscan su primer empleo por sexo y provincias.

Valores absolutos ( miles de personas )

PROVINCIAS	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES
ALMERIA	9,3	5,7	3,6
CADIZ	37,7	21,4	16,3
CORDOBA	18,0	10,4	7,5
GRANADA	19,8	12,8	7,1
HUELVA	12,4	7,9	4,5
JAEN	10,3	5,7	4,7
MALAGA	32,6	18,8	13,8
SEVILLA	43,7	27,6	16,1
ANDALUCIA	183,8	110,3	73,6

Fuente: INE, Encuesta de población activa, tercer trimestre 1.985.

2.1.8.- Parados que ya han trabajado: profesión y rama de actividad.

Consideramos en este apartado aquellos parados jóvenes que, habiendo tenido una colocación anterior, se encuentran en desempleo. Vamos a ver cuáles son las características de estos jóvenes y cuál es la procedencia.

En cuanto a los profesionales que obtienen el mayor número de desempleados, son los que han trabajado en la industria los que mayor índice de paro han producido, le sigue en número la agricultura, y viene después, con unos índices mucho menores, el personal de servicios, los comerciantes y los administrativos.

Si tenemos en cuenta la rama de actividad económica de los parados que han tenido empleo anterior en la agricultura, el comercio y la construcción, los que alcanzan mayores índices, en el resto se dan proporciones mucho menos significativas.

PROFESION	16-19 AÑOS	20-29 AÑOS	TOTAL
TOTAL	36.138	111.767	147.905
PROFESIONALES Y TECNICOS.....	666	5.311	5.977
PNAL. DIRECTIVO.	8	138	146
ADMINISTRATIVOS.	1.366	7.683	9.049
COMERCIANTES Y VENDENDORES.....	2.743	6.754	9.497
PNAL. SERVICIOS.	5.621	12.839	18.460
PNAL. AGRICULT..	14.304	29.451	43.755
PNAL. INDUSTRIA.	11.176	48.725	59.901
FUERZAS ARMADAS.	42	107	149
NO CLASIFICABLES	212	758	970

Fuente: Censo 1.981

RAMA ACTIVIDAD	16-20 AÑOS	20-29 AÑOS	TOTAL
TOTAL	36.138	111.167	147.905
AGRICULTURA.....	14.235	29.519	43.754
ENERGIA Y AGUA.....	164	913	1.077
EXTRACTIVAS Y QUIMICAS.....	876	2.949	3.825
MANUFAC. METALICAS..	706	3.647	4.353
O. MANUFACTURAS.....	4.248	11.828	13.076
CONSTRUCCION.....	4.036	25.502	29.538
COMERC. HOSTELERIA..	8.433	22.047	30.480
TRANS. Y COMUNIC....	425	2.916	3.341
FINAN. Y SEGUROS....	384	1.861	2.245
OTROS SERVICIOS.....	2.153	8.771	1.816
NO BIEN ESPECIFIC..	478	1.816	2.294

Censo 1.981

## 2.2.- Algunas actitudes de la juventud andaluza.

### 2.2.1.- La amenaza de la droga y el límite de la delincuencia.

Esta situación de extrema falta de oportunidades para tener trabajo y dinero, lleva a muchos jóvenes andaluces a montárselo como puedan para obtener posibilidades de consumo y de disfrute de su juventud. "Se venden macetas, libros, revistas de S. Ildefonso, se subcontratan en bares o talleres, hacen de recaderos y ..."

"Si no se encuentra nada y se necesita dinero, pues habrá que vender chocolate, pegar el tirón o robar cassettes". (Grupo de Córdoba)

"Hay mucha movida rara ... Hay gente que en verano saca para vivir todo el año ... En la calle en el verano hay más movida en cuestión del chocolate y todo esto".

"La gente que no está trabajando y está un poco en la movida, se busca la vida así ... Las vacaciones que normalmente se pagan los ... de la calle; irse de acampada 15 días con la vasca, comprar 100 gramos de chocolate, la bebida, se pagan con una movida que te montes con algún guiri..."

- ¿La movida de chocolate es un recurso? Temporal...
- "Para sacar algo de dinero sí. Pero que te compres 100 gramos para vender no sacas nada. El que se dedica a vender si saca dinero".

(Grupo de Fuengirola).

### 2.2.2.- El consumo de drogas ocupa el tercer lugar de su preocupación.

Las drogas ocupan el tercer lugar en la preocupación que el joven andaluz tiene por su propio grupo de edad. Así aparece en las respuestas a la Pregunta 3 de la escala de actitudes: "Se habla mucho de los jóvenes, pero no se tiene en cuenta que los problemas reales de la juventud andaluza son hoy:



- El paro ..... (92,1%)
- Falta de perspectiva ..... (71,7%)
- Ausencia de atención ..... (25,6%)
- Las drogas ..... (58,8%)
- Relaciones familiares ..... (22 %)
- Falta de iniciativa ..... (27,7%)

Fuente: Junta de Andalucía

Curiosamente los más jóvenes (15-19 años) se acercan en sus posiciones (63,9%) a los del grupo adulto (32-42 años) sobrepasándolos incluso. Los de 20-25 años son los que dan menos relevancia a este problema (53,7%).

#### CUADRO POR EDADES EN %

<u>MEDIA</u>	<u>FALTA</u>	<u>FALTA</u>	<u>RELAC.</u>	<u>AUSENC.</u>		
<u>JOVENES</u>	<u>PARO</u>	<u>PERSPEC.</u>	<u>DROGAS</u>	<u>INICIATIVA</u>	<u>FAMILIAR</u>	<u>ATENCIÓN</u>
15 A 19	92,1	71,7	58,8	27,7	22	25,6
20 A 25	92,1	65,2	63,9	26,3	23,7	26,9
32 A 42	95,4	74,5	61,4	25,5	20,9	19

Fuente: Junta de Andalucía

#### 2.2.3.- Posicionamiento ante las Instituciones.

Globales jóvenes (15-25 años).

#### NECESARIO INNECESARIO CONVENIENTE INCONVENIENTE DESEABLE INDESEABLE INEVITABLE EVITABLE

Banca	86,2	11	83,5	13,7	66	30,5	71,6	25,2
Cons. Centro	77,3	17,6	81,3	13,9	74,6	20	49,6	44,9
Cons. Juvent.	84,9	10,4	87,9	6,8	82,2	8,5	53,6	41
Ejército	50,2	47,2	45,6	51,7	23,6	73,4	58,5	38,5
Empresa	89,9	6,8	87,2	8,4	79,5	16,45	70,3	25,5
Escuela	94,1	3,5	94,2	2,8	84,9	12,2	82,2	14,7
Familia	90,1	7	90,8	6,2	92,3	4,9	67,9	28,9
Iglesia	46	50,4	53,2	43	49,7	46,2	46,4	50,4
J. Andalucía	78,5	18,9	77,4	19,6	73,3	23,2	58	38,7
Matrimonio	47,3	49,4	64,4	32,1	68,8	27,8	24,3	67,1
Parlamento	75,1	25,5	73,3	28,8	66	30,1	64,9	31
P. Políticos	55,7	41,2	53,3	43,6	44	52,9	55,4	39
Sindicatos	75,6	20,8	76,1	19,9	70,1	25,7	61,4	32,8
T. Justicia	90	7,3	85,6	11,2	76	20,6	79,2	17,2
Universidad	80,9	79	95,9	3	88,3	81	65,3	81,11
Milit	23,6	73,7	25,4	71,5	13,5	83,4	40,3	56,3

- La familia como el apoyo más cercano para la sobrevivencia física y afectiva, reúne los porcentajes más elevados de necesidad, convivencia y deseabilidad, 92,4, 92,7 y 92, 4%

respectivamente. Su actividad no se vive como impuesta ( no es significativamente inevitable) ni se siente como de sobra (tampoco es significativamente evitable).

- La escuela alcanza valores semejantes en cuanto a necesidad (94%) y conveniencia (94,6%), aunque desciende ligeramente en cuanto a deseabilidad (78,5%).

La escuela es vivida como alimento necesario o modo de obtenerlo "Como que tu madre te dé el pecho". Es un recurso imprescindible pues "necesitamos un aprendizaje que nos dé de comer".

Es también un instrumento conveniente "para moverte y para estar en la sociedad", como de "normalidad para intercambiar y sobrevivir", como "signo de distinción".

Por todo ello cumpliría un valor deseable, aunque de hecho se esté descontento con ella.

- La universidad coincide con la escuela en su alto grado de conveniencia, aunque se ve como menos necesaria y resulta más deseable (85%) en cuanto símbolo de oportunidades sociales y signo de distinción, inasequible todavía para muchos.

Si para nuestros jóvenes la familia respalda el pasado y garantiza el presente, la formación, sin duda, abre el futuro. En este sentido cabe interpretarse los actuales conflictos planteados en torno a la educación y la selectividad universitaria: ambos casos son vividos como la frustración de la expectativa de salida temporal mientras se es joven y de cualificación para el futuro.

Y eso se sigue sintiendo así, aun cuando se viva una profunda decepción sobre el valor de los estudios para garantizar un trabajo: "yo estoy concienciada de que estudio porque me gusta ... cuando acabe tendré que irme a trabajar a la playa o al paro ... se te cae la cara ... pero ¿que haces? ¿que identidad tienes si no?".

Sobre las instituciones del orden económico (banca y empresa) se proyecta una fuerte carga de imposición fáctica. Son las más invertibles, después de la escuela y

los tribunales de justicia. Disfrutan, además, de notables posiciones en cuanto a necesidad y conveniencia. Desde el cualitativo podemos interpretar este hecho como un síntoma más del realismo juvenil: asumen el mantenimiento de las instituciones que se consideran inevitables para la garantía de aquello que desean (dinero) o que necesitan (trabajo). Se invierte el sentido de la imposición fáctica tomándose como posible provecho. La banca aparece como significativamente menos deseable que la empresa.

Se reconoce, además, a estas instituciones el valor de no ser hipócritas: "no engañan ... se sabe abiertamente que van a lo suyo".

Los sindicatos son también valorados positivamente en las cuatro categorías pero aparecen con puntuaciones más discretas que la empresa y la banca. Tal vez se proyecta en ello uno de los rasgos cívicos del realismo: reconocer la fuerza del contrario mientras dependas de él.

Otras manifestaciones del realismo juvenil es la asunción pragmática del sistema sociopolítico que le viene dado; a ello se añade la positiva valoración de las instituciones derivadas del orden democrático de gobierno.

De ahí que se posicionen con altos porcentajes de conveniencia y deseabilidad, jerarquizándolas, según la cercanía o lejanía de cada institución y la oportunidad de intervención personal en ella:

	<u>CONVENIENCIA</u>	<u>EN %</u>	<u>DESEABILIDAD</u>
- Consejo de la Juventud	87,9		82,2
- Consejo de Centro	81,3		74,6
- Junta de Andalucía	77,4		73,3
- Sindicatos	76,1		70,1
- Parlamento	73,3		66

La adscripción hacia estas instituciones se invierte al considerarlas desde el reconocimiento de su poder fáctico.

	<u>INEVITABILIDAD %</u>
- Parlamento	64,9
- Sindicatos	61,4
- Junta de Andalucía	58
- Consejo de la Juventud	53,6
- Consejo de Centro	49

Por último, el ejército y la mili aparecen como las instituciones peor posicionadas.

#### EN 1

#### NECESIDAD CONVENIENCIA INDESEAB. INEVITAB.

- Ejército	50,2	45,6	73,4	58,5
- Mili	23,6	25,4	85,4	40,3

El ejército se sitúa por encima de la media en la necesidad, respondiendo al miedo de no "estar defendidos igual que los otros", pero aparece connotado como inconveniente y muy indeseable (73,4%) aunque inevitable de hecho en mundo armado.

La mili reúne los porcentajes más altamente negativos de todas las instituciones testadas, en conveniencia, deseabilidad y necesidad. Reune un porcentaje de indeseabilidad del 85,4% y una evitabilidad del 56,3%.

Como resumen de la posición realista del joven andaluz ante las instituciones, diremos, que mientras que los techos de sus expectativas no se vean cerrados por ellas, (formación, posibilidades de dinero y trabajo), no aparece ninguna respuesta que cuestione básicamente su existencia.

El caso de la mili es el más significativo: frena las expectativas del joven en una edad crucial, sin obtener ningún beneficio concreto a cambio. De ahí que provoque un fuerte rechazo.

#### Algunas instituciones cuestionadas.

Hay instituciones que aparecen cuestionadas, bien por debajo de la media o con porcentajes muy poco elevados sobre la media, son:

<u>EN 1</u>	<u>NECESARIO</u>	<u>CONVENIENTE</u>	<u>DESEABLE</u>	<u>INEVITABLE</u>
P. Políticos	55,7	53,3	44	55,4
Matrimonio	47,3	64,4	68,8	24,3
Iglesia	46	53,2	49,7	46,4

Interpretamos estas respuestas en el sentido de que los jóvenes consideran que la función que desempeñan estas instituciones continúa siendo válida, pero el instrumento como tal no funciona. La conveniencia y deseabilidad indican que mientras que no aparezcan otras que realicen la función, es conveniente mantener las existentes, si bien éstas no son las que satisfacen la expectativa de los jóvenes. Esto es más significativo en el caso de los Partidos Políticos y el matrimonio. Mientras que el joven valora positivamente y reconoce el sistema democrático, los porcentajes de los partidos políticos como el instrumento de participación y representación recogen un grado de deseabilidad de sólo un 44%. Ocurre igual con el matrimonio, el joven vive muy positivamente el hecho de la familia, la maternidad y la paternidad, y la vida en pareja, mientras que el matrimonio como institución aparece muy bajo en necesidad e inevitabilidad ( 47,3% y 24,3% respectivamente).

#### 2.2.4.- Posicionamiento ante los valores.

##### Globales jóvenes (15-25 años)

	Cálido	Frio	Claro	Oscuro	Jerárquico	Igualit.	Profundo	Superfíc.	Idealista	Realista
ASOCIACIONISMO	72,2	23,6	59,4	36,1	30,8	64,8	52	43,6	50,8	44,8
AUTORIDAD	17,8	77,6	28,9	66,4	79,8	65,2	37,9	52,3	37,3	57,6
BUROCRACIA	12,6	82,9	13,9	81	79,1	15,9	27,9	66,7	41,9	52,8
DEMOCRACIA	78,7	67,1	69,4	26,3	28,3	67,3	66,4	29,6	48,9	47,5
DINERO	38,6	57,3	41,7	54,2	76,6	19,3	33,4	62,9	27	69
FORMACION	78	17,6	76	19,8	38,9	56,9	70,9	24,9	36,8	59,1
IMAGEN	56	39	59	35,2	35,2	45,9	36,1	59,5	47,8	47,6
JUSTICIA	36,1	59,9	16,4	59,3	62,7	66,5	50,8	44,6	49,6	46,1
MATER./PATERNI.	87,2	8,6	84,3	11,6	23	72	79,5	16,2	25,1	70,4
PARTICIPACION	75,7	19,8	70,1	25,1	27,8	67,3	61,1	34,2	48,1	47
PAZ	84,2	11,6	72,5	23,3	20,8	75	72,5	23,1	60,1	36
POSICION/STATUS	26,5	69	28,9	66,4	73,1	22	27,8	67,5	40,9	64,4
PROPIEDAD	39,6	56,6	45,3	50,6	73,2	22,4	40,6	54,9	29,4	65,9
RELIGION	51,5	44,3	38,2	57,4	63,2	32,2	53,8	41,9	60,2	35,3
SER ANDALUZ	89,4	6,7	88	8,3	24	71,6	73,3	20,4	33,4	62,5
TRABAJO	53,1	43,2	44,2	54	63,3	32,7	54,7	41,2	35,8	66,3

Fuente: Junta de Andalucía

La valoración de la paz y la participación se reproduce en la democracia, también cálida, clara, profunda e igualitaria. Pero en este caso la práctica ensucia el cristal de la proyección y acorta la intensidad de la carga emocional. De ahí que no figure como significativamente realista, a pesar de no ser considerada tampoco como idealista.

Algo parecido sucede con la formación, otra de las puertas de futuro. (Recordemos lo dicho sobre la escuela). Se siente como cálida, profunda y relativamente igualitaria. Pero no se ve clara, aunque no llegue a ser significativamente oscura.

Se despegan el afecto de aquellos aspectos de la vida cuyo principal valor es sólo realismo: ser vivido como condición imprescindible de los demás: dinero, posición, propiedad, autoridad, burocracia. Todos ellos resultan significativamente fríos, oscuros y superficiales. Y además jerárquicos.

- \* La burocracia es el valor más desafectado de todo lo propuesto.

Hay valores que presentan una significación atípica. Así, la justicia es vista como fría y oscura, y sin embargo, profunda e igualitaria. Tengamos en cuenta que en este concepto se integra coloquialmente tanto el valor como la institución que lo ejerce. Creemos que ahí está la posible interpretación de la ambigüedad de las proyecciones.

La imagen aparece como nuevo valor que se configura desviadamente; positivamente connotado como claro y cálido; equilibrado entre el idealismo y el realismo; con tendencia a lo igualitario; resulta, sin embargo superficial.

El realismo juvenil se manifiesta muy singularmente en su actitud hacia los valores:

- Asume los valores existentes, en el sentido de vehicularlos para su propio desenvolvimiento.
- Concede la máxima atribución positiva a aquellos valores que le vienen dados por la sangre y la tierra (maternidad/ paternidad, el ser andaluz), proyectando sobre ellos su máxima expectativa, pues los considera realísticamente alcanzables.
- Valora el nuevo estado democrático con el criterio de que ha mejorado sus condiciones de vida (calidad de vida), sin plantearse otros cuestionamientos filosóficos.

Ser realista es un valor añadido en cuanto que

significa la viabilidad de cualquier valor previo, al hacerlo aplicable al propio mundo del joven y su situación. Así, el estudio que vengo resumiendo.

#### 2.2.5.- Asociacionismo: informal y formal.

Asociacionismo. Quiero expresar mi cuestionamiento ante las posturas de la Juventud Andaluza, acerca del mismo. La Pregunta 16 de la Encuesta es así: "Elige una frase que indique el modo en que actúas en tus encuentros con la gente:

- 1.- Cuando salgo de marcha me lo paso bien con gente distinta.
- 2.- Cuando salgo, voy donde sé que está mi gente.
- 3.- Cuando salgo, voy siempre con los mismos amigos.
- 4.- No salgo de casa si no vienen por mí.
- 5.- Sólo salgo con gente cuando no puedo más."

Respuestas. Modo en que actúas en tus encuentros con la gente (En porcentajes). Nos referimos a relaciones habituales y al contacto retiro con los demás.

#### SITUACION

Cuando salgo de marcha me lo paso bien con gente distinta.	28,6 máximo contacto
Cuando salgo, voy donde sé que está mi gente.	40,4 apertura ambiente
Cuando salgo, voy siempre con los mismos amigos	28 sociabilidad media
No salgo de casa si no vienen a por mí	1,6
Sólo salgo con gente cuando no puedo más	1,3 máximo retiro

Diferenciándolos por grupos de edad y comparando con el grupo de adultos:

X	DONDE ESTA MI GENTE	CON GENTE DISTINTA	CON LOS MISMOS AMIGOS	NO SALGO SI NO VIENEN POR MI	SOLO SALGO SI NO PUEDO MAS
MEDIA DE JÓVENES	40,4	28,6	28	1,6	1,3
15 - 19	40,8	26,9	29,1	1,9	1,3
20 - 25	40,1	30,4	26,9	1,3	1,3
32 - 42	37,3	21,6	26,8	7,8	6,5

Ante los datos del Estudio, formulo mi propio cuestionamiento: ¿Cómo el pueblo andaluz, tan rico en cordial asociatividad, no ha pasado a proyectar esa riqueza humana sobre el campo técnico-profesional-cooperativo?. A mi modo de ver, es una necesidad relevante en la provincia de Almería. ¿En toda Andalucía?. Las instituciones democráticas y los valores exigen la presencia del asociacionismo real formal juvenil. Tanto habremos educado cuanto hayamos formalmente socializado. Es mi personal parecer.



### 3.- Andalucía ante las drogas.

#### 3.1.- El consumo de drogas en la Autonomía Andaluza.

Me reduzco a sintetizar, algunos cuadros estadísticos y gráficos del primer capítulo "El consumo de drogas en Andalucía", de la publicación Los andaluces ante las drogas (1988), editada por el Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía.(5)

Buen marco situacional para Almería, "paraíso del tráfico de drogas", "consumista a no pequeña escala en Andalucía".

Almería, juventud y drogas, actualmente ilegales, consumidas forman el subrayado de mi especial atención.

##### 3.1.1.- Consumo de tabaco.

###### EL CONSUMO DE TABACO EN ANDALUCIA.

	% Población mayor de 16 años	Número aproximado de personas
No fumadores:		
No fuman	40,7	1.805.553
Eran antes fumadores	8,4	372.644
<hr/>		
Fumadores		
Fuman ocasionalmente	6,8	301.664
Fuman diariamente	44,1	1.956.385
<hr/>		
Total .....	100,0	4.436.246

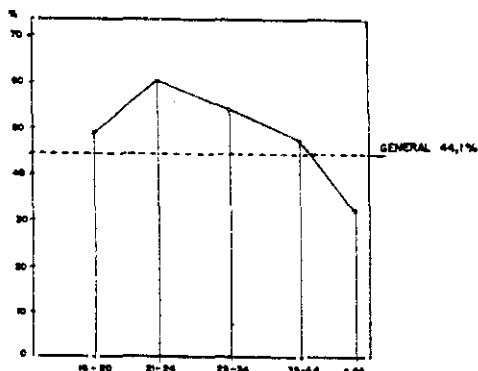
Como puede observarse, fuman un poco más de la mitad de la población andaluza de dieciséis años en adelante, exactamente el 50,9% de los que la inmensa mayoría, el 44,1% son fumadores diarios.

En total son fumadores, diarios u ocasionalmente, 2.258.049 personas, aparte de las 372.644 que aunque no fumen sí lo hacían anteriormente. Con ambas cifras podemos observar lo siguiente:

La penetración del hábito de fumar ha llegado a alcanzar a un 59,3% de la población andaluza de dieciséis años en adelante.

Es obvio, que tanto por su extensión entre la población, como por su gran capacidad adictiva, el tabaco es la droga de mayor uso social y, por sus consecuencias sobre la salud, probablemente la más importante epidemiológicamente.

#### LOS FUMADORES DIARIOS, SEGUN LA EDAD



A partir de los datos de esta tabla podemos observar lo siguiente:

Los fumadores diarios son en mucha mayor proporción los hombres que las mujeres: el 63% frente al 26,5%.

Un 60% de las mujeres no han fumado regularmente nunca, por sólo un 19,8% de los hombres. Aunque entre éstos hay que destacar un 12,5% de hombres que abandonaron el hábito de fumar.

Por edades se observa un fuerte inicio en el hábito de fumar entre los 16 y los 20 años.

### 3.1.2.- Consumo de alcohol.

Aun cuando no es objeto de nuestro estudio, dado que casi la totalidad de los toxicómanos, por no decir todos, son consumidores de alcohol en no pequeñas cantidades, es obligado citar esta droga.

Su alto coste económico sanitario, las muertes que provoca y la gravedad del síndrome de abstinencia, la convierten en una droga de primera magnitud social y epidemiológica. (6) Estudio sobre Andalucía.

Según el contenido alcohólico medio de cada bebida establecimos la siguiente tabla de equivalencias en centímetros cúbicos de alcohol puro:

Cerveza (Botellín o caña)	10 cc
Vino (vaso pequeño)	12 cc
Vino (vaso grande)	24 cc
Licores y Brandys (copas)	22 cc
Whisky (entero)	30 cc
Vermuts, aperitivos y vinos generosos (copa)	13 cc
Combinados (copa)	28 cc
Carajillos	6 cc
Cava (copa)	12 cc

Una vez convertidas estas bebidas en cc. de alcohol puro establecimos la siguiente clasificación:

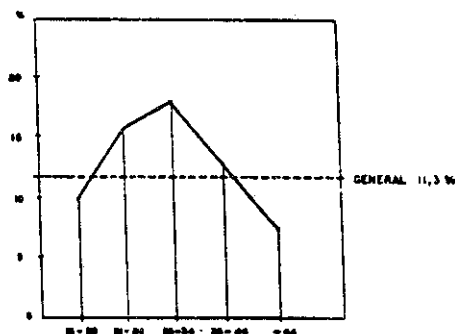
	<u>cc. alcohol puro</u>
0. Abstinentes . . . . .	0
1. Ligeros . . . . .	1 a 25
2. Moderados . . . . .	26 a 75
3. Altos . . . . .	76 a 100
4. Excesivos . . . . .	101 a 150
5. Gran riesgo alcohólico . . . .	Más de 150

## EL CONSUMO DE ALCOHOLES EN ANDALUCÍA

Tipología	% población mayores 16 años	Nº aproximado de personas
Abstinentes 0 cc.	38,0	1.730.137
Ligeros 1 a 25 cc.	19,5	885.068
Moderados 26 a 75 cc.	23,1	1.024.773
Años 76 a 100 cc.	7,1	314.974
Excesivos 100 a 150 cc.	6,3	279.484
Gran riesgo Más de 150 cc.	5,0	221.812
Total:	100	4.436.249

En el siguiente gráfico podemos ver el consumo por encima de 100 cc. (excesivos y de gran riesgo) según los distintos grupos de edades:

LOS BEBEDORES EXCESIVOS Y DE GRAN RIESGO POR EDADES



Estos datos del estudio citado, "Los Andaluces ante las drogas", los estimamos extrapolables para Almería. El índice 11,3% de Andalucía es, aproximadamente, dos puntos por encima de la media nacional.

El alcohol es otra droga, junto con el tabaco, más consumida en España y, como veremos a continuación, también entre los andaluces. Es igualmente una droga legal de venta y adquisición libre y, aunque sus efectos extremos

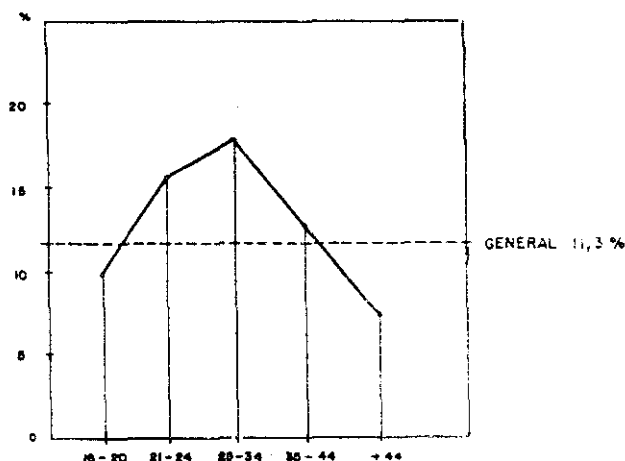
como la embriaguez y el alcoholismo son rechazados, goza de una amplia aceptación social.

Sin embargo, es una de las drogas más peligrosas y destructivas si se consume de forma regular por encima de determinados límites. Sus efectos en el organismo humano son origen de múltiples patologías tanto físicas como psíquicas. A nivel social es fuente de numerosos problemas: conflictos familiares, absentismo y accidentes laborales, accidentes de tráfico, etc... Su alto coste económico sanitario, las muertes que provoca y la gravedad del síndrome de abstinencia, la convierten en principal para industria y los servicios y, muy especialmente, entre los parados. Con ingresos medios y medio-altos de clase social baja y media-alta.

Tipología	% población mayores 16 años	Nº aproximado de personas
Abstinencia		
0 cc.	39,0	1.730.137
Ligeros		
1 a 25 cc.	19,5	865.068
Moderados		
26 a 75 cc.	23,1	1.024.775
Altos		
76 a 100 cc.	7,1	314.974
Excesivos		
100 a 150 cc.	6,3	279.484
Gran riesgo		
Más de 150 cc.	5,0	221.612
Total	100	4.436.249

Conclusión: el nivel de consumo excesivo de alcohol (más de 100 cc) en Andalucía es bastante alto, el 11,3% de la población de 16 años en adelante, aproximadamente un par de puntos por encima de la media nacional.

# LOS BEBEDORES EXCESIVOS Y DE GRAN RIESGO POR EDADES



## 3.1.3.- Consumo de cánnabis.

En lo que se refiere al consumo habitual del cánnabis (diariamente una o más veces) y comparando con nuestros estudios anteriores podemos ver lo siguiente:

- \* Nacional 1.984: 3,3%
- \* Andalucía 1.984: 2,2%
- \* Andalucía 1.987: 3,3%

## CONSUMO DE CANNABIS EN LOS ULTIMOS SEIS MESES POR SEXO Y EDAD

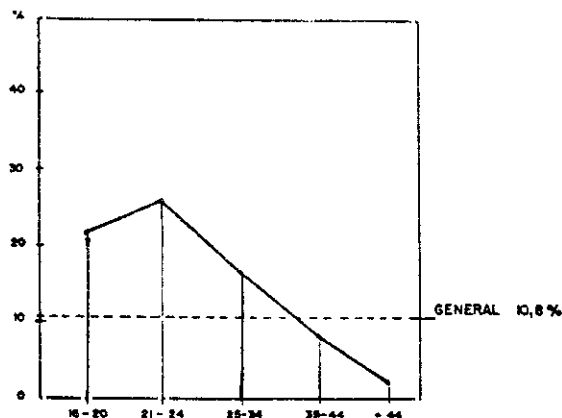
	TOTAL	SEXO		EDAD				
	GRAL.	Hombre	Mujer	16-20	21-24	25-34	35-44	+44
No.....	89.2	83.6	94.5	77.9	73.8	83.5	91.5	97.6
Si.....	10.8	16.4	5.4	22.1	26.2	16.5	8.2	2.4
NS/NC.....	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0
Bases.....	(1997)	(961)	(1035)	(271)	(183)	(364)	(318)	(860)

Según los datos de esta tabla podemos ver que los que en los últimos seis meses consumieron cánnabis fueron principalmente:

Hombres, el 16,4%, frente a un 5,4% las mujeres.

Los grupos de edad de joven: 16-20 con el 22,1%; los de 21 a 24 con el porcentaje más alto, el 26,2% y los de 25 a 34 años con un 16,2%. A partir de esta edad el consumo desciende significativamente.

EL CONSUMO DE CANNABIS EN LOS ULTIMOS  
SEIS MESES, SEGUN LA EDAD

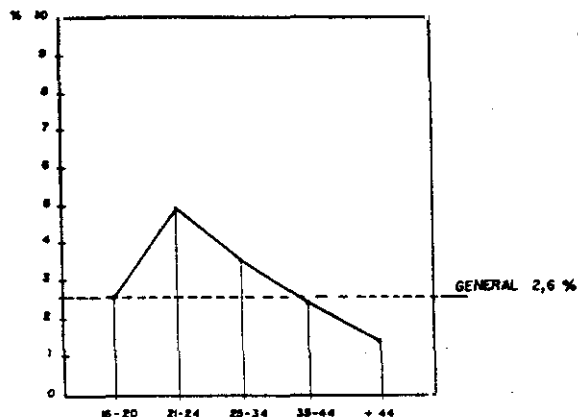


#### 3.1.4.- Consumo de anfetaminas.

	TOTAL GRAL.	SEXO		EDAD				
		Hombre	Mujer	16-20	21-24	25-34	35-44	+44
No .....	97,4	97,4	97,4	97,4	95,1	96,4	97,5	98,4
Si .....	2,6	2,5	2,6	2,6	4,9	3,6	2,5	1,5
NS/NC .....	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Total .....	(1995)	(961)	(1035)	(270)	(184)	(363)	(318)	(860)

No hay diferencias según el sexo, pero por edades sí las hay y son bastante significativas, pues entre los 21 y 24 años se alcanza la cifra relativamente alta de un 4,9%, seguido de los 25 a 34 años con un 3,6.

**CONSUMO DE ANFETAMINAS EN LOS ULTIMOS  
SEIS MESES, SEGUN LA EDAD**



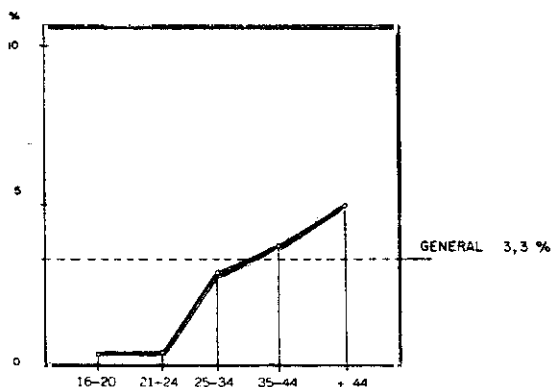
**3.1.5.- Consumo de tranquilizantes.**

	TOTAL GRAL	SEXO		EDAD				
		Hombre	Mujer	16-20	21-24	25-34	35-44	+ 44
No .....	93,3	95,7	91,0	98,2	96,7	95,6	93,4	90,0
Si .....	6,7	4,2	9,0	1,8	3,3	4,4	6,6	9,9
NS/NC .....	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Total .....	(1996)	(961)	(1035)	(271)	(184)	(364)	(318)	(860)

Las mujeres con un consumo en los últimos seis meses del 9%, frente a un 4,2 de los hombres.



CONSUMO DE HIPNOTICOS EN LOS ULTIMOS  
SEIS MESES, SEGUN LA EDAD



El consumo de tranquilizantes aumenta linealmente con la edad, con un 6,6% entre los 35 y 44 años y un 9,9% a partir de los 44.

Los residentes en Huelva (15,7), Sevilla(13) y un poco menos en Almería y Córdoba. Así como en los núcleos de población de 5.000-10.000 habitantes, 100.000-250.000 y de más de 250.000.

Los casados, los separados y especialmente los viudos (11,1).

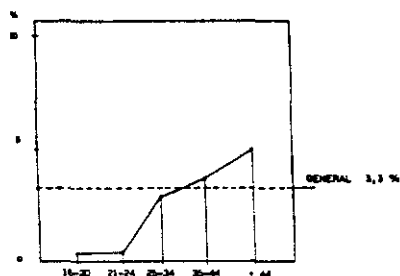
3.1.6.- Consumo de Hipnóticos.

	TOTAL	SEXO		EDAD				
	GRAL.	Hombre	Mujer	16-20	21-24	25-34	35-44	+ 44
No.....	96.7	97.9	95.6	99.6	99.5	97.0	96.5	96.1
Si.....	3.3	2.0	4.4	0.4	0.5	3.0	3.5	4.8
NS/NC.....	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Total..	(1996)	(961)	(1035)	(270)	(184)	(364)	(318)	(880)

La secuencia de consumo de hipnóticos es idéntica a la de los tranquilizantes:

Preferentemente las mujeres, con un 4,4% frente a un 2% de los hombres.

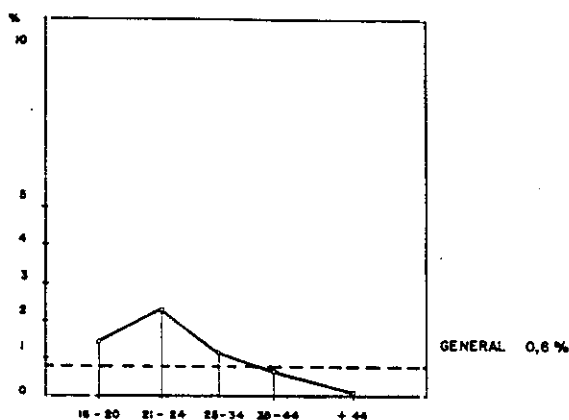
Aumenta linealmente con la edad: muy poco entre los 16 y 24 años (0,5), de los 25 a 44 años llega hasta el 3,5% y a partir de los 44 años alcanza un 4,8.



### 3.1.7.- Consumo de Alucinógenos.

	TOTAL GRAL	SEXO		EDAD				
		Hombre	Mujer	16-20	21-24	25-34	35-44	+ 44
No .....	98.0	98.6	99.5	98.5	97.8	98.9	99.4	99.7
Si .....	0.8	1.1	0.3	1.5	2.2	1.1	0.6	0.0
NS/NC .....	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3

CONSUMO DE ALUCINOGENOS EN LOS ULTIMOS  
SEIS MESES, SEGUN LA EDAD



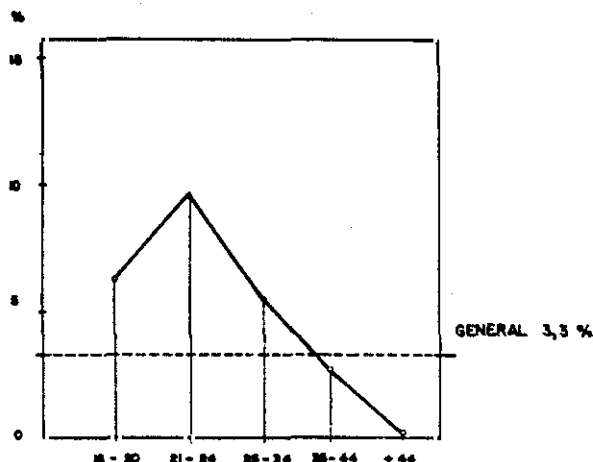
Consumo de cocaína.

	TOTAL GRAL.	SEXO		EDAD				
		Hombre	Mujer	16-20	21-24	25-34	35-44	+ 44
No.....	96.6	94.4	98.6	93.7	90.2	94.5	97.2	99.7
Si.....	3.3	5.6	1.2	6.3	9.8	5.5	2.8	0.1
NS/NC.....	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
Total.....	(1996)	(960)	(1035)	(270)	(183)	(363)	(318)	(860)

Consumo de cocaína en los últimos seis meses:

\* Nacional 1.984: 1,8%  
 \* Aragón 1.986 : 1,2%  
 \* Nacional (trabajadores 1.987): 3,2%  
 \* Andalucía 1.984: 3,1%  
 \* Andalucía 1.987: 3,3%

CONSUMO DE COCAINA EN LOS ULTIMOS  
SEIS MESES, SEGUN LA EDAD



Cocaína

"Aparte del significado tradicional de la coca en determinadas culturas (América Latina), y habiendo pasado el modo moderno de distribución y consumo de las drogas (productos derivados concentrados, tráfico y distribución organizados, etc...) la cocaína está teniendo en estos momentos suma importancia en el contexto mundial del uso de drogas. Y efectivamente, como droga estimulante parecía reunir múltiples condiciones para hacerla atractiva a la ávida apetencia actual por las drogas, así como a su producción y comercio.

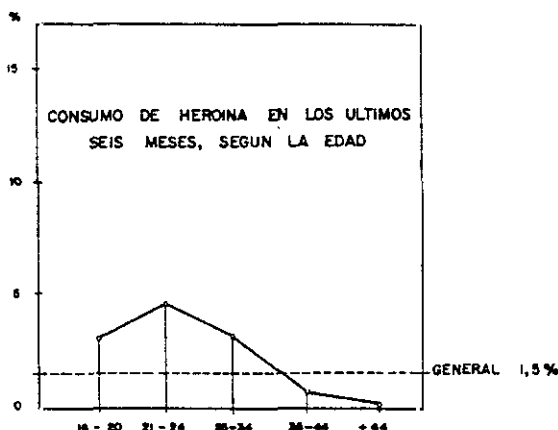
Es usada principalmente por los hombres, con un 5,6% frente a un 1,2% las mujeres . El consumo de cocaína se da fundamentalmente en la edades jóvenes: un 6,3% en los 16-20 años, sube a una tasa máxima entre los 21 y los 24 años con un 9,8% se mantiene relativamente entre los 25 y 34 años (5,5), baja a partir de los 34 y desaparece prácticamente después de los 44.

### Consumo de heroína

	TOTAL	SEXO		EDAD				
	GRAL.	Hombre	Mujer	16-20	21-24	25-34	35-44	+ 44
No .....	98,5	97,3	99,7	97,0	95,6	97,0	99,4	100,0
Si .....	1,5	2,7	0,3	3,0	4,4	3,0	0,6	0,0
Total .....	(1996)	(961)	(1035)	(270)	(183)	(363)	(318)	(861)

Consumo de heroína en los últimos seis meses:

- \* Nacional 1.984: 1,1%
- \* Aragón 1.986: 0,7%
- \* Nacional (Trabajadores 1.987): 0,7%
- \* Andalucía 1.984: 1,3%
- \* Andalucía 1.987: 1,5%



Se trata de una droga en la que ocurre una rápida relación entre la irrupción de su consumo en una comunidad y la aparición consiguiente de problemas sociales y sanitarios en relación con la consumición de la heroína.

Comparando el consumo habitual en Andalucía en 1.987 con la media nacional en 1.984, o la de los trabajadores en 1.987, encontramos un mismo porcentaje en los tres casos: 0,3%. Lo que hace plausible la hipótesis de una tendencia a la estabilización del consumo, habitual.

Con carácter aproximativo podría estimarse que han usado alguna vez en los últimos seis meses: unas 66.500 personas; esporádicamente en los últimos treinta días: unas 35.000 personas; Consumo habitual: entre 9.000 y 12.000 personas; con mayor incidencia en los hombres que en las mujeres y en relación a la variable edad un 3% en los 16-20 años, llegando al punto máxima entre los 21 y 24 años con un 4,4%. Baja algo entre los 25 y 34 años y desaparece a partir de esta edad.

Finalmente, según las restantes variables independientes, los rasgos sociológicos de los consumidores de heroína son los siguientes:

Solteros (3,2) y separados (2,9).

De estudios primarios, BUP y FP.

Estudiantes, trabajadores ocupados y sobre todo los que no tienen empleo (7,2).

Un sector de ingresos bajos (2,3) y otro de altos (2,4).

Ubicados en clase baja y media-baja.

### 3.1.8.- Consumo de analgésicos.

	TOTAL GRAL	SEXO				EDAD			
		Hombre	Mujer	16-20	21-24	25-34	35-44	+ 44	
No .....	85,3	89,6	81,3	91,5	90,2	88,7	81,8	82,1	
Si .....	14,7	10,4	18,7	8,5	9,8	11,3	18,2	17,9	
Total .....	(1996)	(961)	(1035)	(271)	(183)	(363)	(319)	(860)	

#### Analgésicos comunes.

El uso de estos medicamentos en Andalucía se pueden traducir de forma aproximada en las siguientes cifras:

Han usado alguna vez en los últimos seis meses: unas 625.000 personas.

Comparando con los datos del estudio nacional en 1.984, la situación de Andalucía es la siguiente:

Nacional 1.984:      Ultimos 6 meses: 16,1%  
                          Ultimos 30 días: 13,4%  
                          Habitual diario: 2,5%

Andalucía 1.987: Ultimos 6 meses: 14,7%  
 Ultimos 30 días: 13,4%  
 Habitual diario: 1,6%

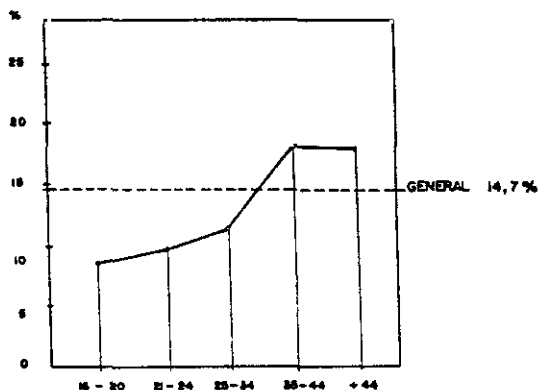
Consumo de analgésicos morfínicos.

	TOTAL	SEXO		EDAD				
	GRAL.	Hombre	Mujer	16-20	21-24	25-34	35-44	+ 44
No .....	98,8	99,2	98,6	100,0	98,9	98,3	98,7	98,8
Si .....	1,2	0,8	1,4	0,0	1,1	1,7	1,3	1,2
Total .....	(1996)	(961)	(1035)	(270)	(183)	(363)	(318)	(861)

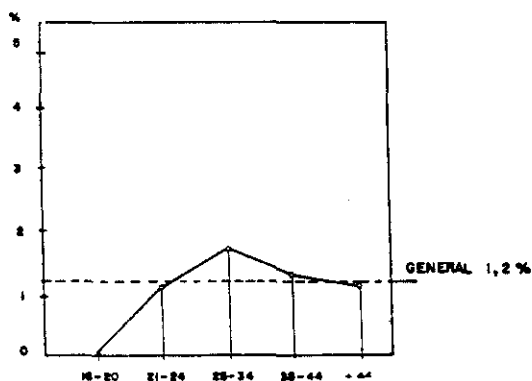
"Nos referimos a aquellos analgésicos que (sin incluir el opio ni la heroína) son productos farmacéuticos de uso terapéutico frecuente (morfínicos) pero a la vez susceptibles de consumo por toxicómanos, debido a las similitudes que presenta su efecto con la heroína o morfina. La proporción de toxicómanos que usan estos productos como droga principal es relativamente escasa.

Con la cautela que nos imponen dichos porcentajes podría decirse que han usado alguna vez en los últimos seis meses: unas 53.000 personas. En los últimos treinta días: a) Esporádico (1 vez a la semana o menos): unas 31.000 personas. b) Pre-habitual (de 2 a 5 veces por semana) unas 9.000 personas.

CONSUMO DE ANALGESICOS COMUNES EN LOS ULTIMOS  
SEIS MESES, SEGUN LA EDAD



CONSUMO DE ANALGESICOS MORFINICOS EN LOS  
ULTIMOS SEIS MESES, POR EDADES



RESUMEN.

Como síntesis de este capítulo podemos decir, que hemos podido analizar el fenómeno del policonsumo entre la población andaluza desde las dos siguientes perspectivas:

- Número y media de asociaciones de cada droga con cada una de las demás.
- Diferentes tipos de policonsumo de drogas.



Resumiendo lo más significativo de ambas tablas obtenemos las siguientes conclusiones:

\* Los consumidores de tabaco, consumen también alcohol en un 30,8% de los casos y cánnabis en un 19,7%.

\* Los de alcohol consumen a su vez tabaco en un 73,9%, el 31,2 cánnabis y 20,2% analgésicos comunes.

\* Los de cánnabis, consumen también tabaco el 81% Y ALCOHOL EL 53,4%; UN 26,2% toma cocaína y un 11,7 heroína.

\* Los de anfetaminas, un 53% consumen tabaco, un 42% alcohol, un 41,6% cánnabis un 26,8 tranquilizantes, un 25,9 cocaína y un 14,6 heroína.

\* Los de tranquilizantes, el 28,1% fuman tabaco, el 19,4 consumen alcohol, el 16% hipnóticos y el 37,3% analgésicos comunes.

\* Los de hipnóticos, un 35% consumen tabaco, un 32,7% toman tranquilizantes y un 52,6% analgésicos comunes.

\* Los de alucinógenos, un 91,9% consumen tabaco, un 81,4 alcohol, el 91,9% cánnabis, el 36,2 anfetaminas, el 78,8% cocaína y un 35,4 toman heroína.

\* Los de cocaína, el 86,1% consumen tabaco, el 70,7% alcohol, el 84,9 cánnabis, el 20,2 anfetaminas y un 32,1 heroína.

\* Los de analgésicos comunes, un 37,1 consumen tabaco, el 25% alcohol, el 16,9 tranquilizantes y un 11,6 hipnóticos.

\* Los de heroína, un 92% consumen tabaco, el 80,3% alcohol, el 85,1% cánnabis, el 24,5 anfetaminas y el 71,9% cocaína.

### 3.2.- Tendencias y secuencias en el consumo de drogas.

Este cálculo de personas consumidoras, si bien es bastante exacto en drogas de amplio consumo como el alcohol, el tabaco, los analgésicos, el cánnabis y los tranquilizantes, por estar ampliamente representadas en la muestra, en otras de consumo menor como inhalables, anfetaminas, alucinógenos, cocaína, heroína, hipnóticos y analgésicos morfínicos, al tener una base muestral pequeña.

hay que tomarlo de forma aproximada, es decir meramente estimativo.

Otra cuestión muy importante es que el número de consumidores de las distintas drogas no son acumulativos, es decir no se pueden sumar, ya que una misma persona puede consumir varias drogas ( como de hecho así ocurre y veremos en el siguiente apartado). Estas asociaciones de drogas es lo que denominaremos policonsumo y en los casos más graves politoxicomania.

### 3.2.1.- Estimación aproximada del consumo en Andalucía.

La estimación del número de consumidores visto en su conjunto sería, pues, la del cuadro siguiente:

DROGAS	Han usado alguna vez en los últimos 6 meses		Uso esporádico en el último mes		Uso habitual en el último mes	
	% población mayor de 16 años	número aproximado de personas	% población mayor de 16 años	número aproximado de personas	% población mayor de 16 años	número aproximado de personas
Inhalables	0.1	4.500	0.1	4.500	-	-
Cannabis	10.8	479.000	6.1	270.000	3.3	146.400
Antiepilépticos	2.6	115.300	1.6	71.000	0.6	27.000-22.000
Tranquilizantes	6.7	297.000	4.0	177.500	2.1	93.000
Hipnóticos	3.3	146.400	1.1	48.800	2.0	89.700
Alucinógenos	0.6	35.500	0.6	27.000	0.1	4.000-2.000
Cocaína	3.3	146.400	2.7	120.000	0.1	4.000-2.000
Analg. Comunes	14.7	652.100	11.9	527.900	1.6	71.000
Analg. Morfínicos	1.2	52.234	0.9	39.900	-	-
Heroína	1.5	66.500	0.8	35.000	0.3	12.000-9.000

### 3.2.2.- Drogas asociadas a cada una de ellas.

DROGA/USO	HÁBITO		ALCOHOL		FARMACOS		CANNABIS		ANFETAMINAS		TRANQUILIZANTES		HEROÍNA		ALUCINÓGENOS		COCAÍNA		ANÁLISIS		ANÁLISIS		HEROÍNA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabaco	498	51.0	271	73.8	1	0.3	174	48.0	27	53.0	37	26.1	23	36.2	14	91.8	67	86.1	112	37.9	6	27.1	27	92.0
Alcohol	271	30.8	52	14.1	1	0.3	115	33.4	22	42.1	28	19.4	8	12.4	12	91.4	47	70.7	74	25.2	8	33.4	24	80.3
Medicamentos	1	0.1	1	0.4	0	0.0	2	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.1	1	1.8	0	0.0	0	0.0	1	3.0
Cannabis	174	19.7	115	31.2	2	100.0	18	8.2	21	41.8	10	7.4	3	4.5	14	91.9	58	84.8	20	10.2	3	14.1	28	96.1
Anfetaminas	27	3.1	22	5.9	0	0.0	21	10.0	3	4.9	14	10.4	5	8.3	5	38.2	13	20.2	14	4.7	3	14.8	7	24.5
Tranquilizantes	27	4.2	28	7.0	0	0.0	10	4.6	14	26.8	52	38.7	21	26.7	2	18.3	8	13.8	30	16.8	4	17.7	5	16.8
Heroina	23	2.8	8	2.2	0	0.0	3	1.4	5	10.5	21	16.0	6	13.0	2	14.5	4	6.3	34	11.8	2	7.1	2	6.3
Alucinógenos	14	1.5	12	3.3	1	28.6	14	6.3	5	10.4	2	1.8	2	3.2	1	4.1	12	17.8	3	0.9	0	0.0	5	17.8
Cocaína	57	6.5	47	12.7	1	57.7	56	25.2	13	25.9	9	6.7	4	5.4	12	79.8	0	0.0	7	2.3	2	8.8	21	71.9
Análisis Co	112	12.7	74	20.2	0	0.0	30	14.0	14	26.8	80	57.3	34	52.8	3	18.0	7	10.0	86	32.4	18	79.3	8	26.1
Análisis Mo	8	0.7	8	2.1	0	0.0	3	1.3	3	6.8	4	3.1	2	2.5	0	3.1	2	3.1	18	6.2	0	0.0	0	0.0
Heroina	27	3.1	24	6.5	1	28.6	25	11.7	7	14.1	8	5.8	2	2.4	5	38.7	21	35.1	5	2.0	0	0.0	0	0.0
Total	980		367		2		215		51		133		65		15		86		294		23		30	

Fuente: Junta de Andalucía

### 3.2.3.- Grupos de policonsumo en Andalucía.

Los resultados del análisis factorial nos indican la existencia de cinco grupos o tipos de policonsumo en Almería.

#### 1.- Grupo toxicómano de grado máximo:

Este sería el formado por los policonsumidores de una amplia gama de drogas con presencia prevalente de cocaína y heroína.

Constituiría el grado más drogodependiente y se podría cifrar en unas ocho mil o diez mil personas. Según el coeficiente con que cada droga participa en el factor, éste se configura del siguiente modo:

Cocaína  
 Heroína  
 Cannabis  
 Alucinógenos  
 Anfetaminas  
 Alcohol  
 Tranquilizantes

#### 2.- Policonsumo Farmacológico amplio.

En este tipo de policonsumo encontramos el uso y abuso de determinadas drogas fármaco con clara

prevalencia de los hipnosedantes. Se trata de un grupo bastante amplio, de varias decenas de miles de personas, fundamentalmente de edad madura y mayoritariamente mujeres. Este policonsumo es de:

- Hipnóticos
- Tranquilizantes
- Analgésicos comunes
- Anfetaminas
- Analgésicos morfínicos

### 3.- Drogas de uso generalizado.

Aquí nos encontramos con un amplísimo segmento de la población andaluza, no son toxicómanos en sentido estricto, aunque de hecho usen de modo habitual las drogas sociales más extendidas: el tabaco, el alcohol, y en algunos de ellos y de modo más esporádico el cánnabis.

Este tipo de policonsumo se configura del siguiente modo:

- Tabaco
- Alcohol
- Cánnabis

### 4.- Policonsumo farmacológico restringido.

Se trata de un grupo muy pequeño, probablemente de personas afectadas por algún tipo de enfermedad dolorosa, con un policonsumo muy centrado en los analgésicos, especialmente los morfínicos.

- Analgésicos morfínicos
- Analgésicos comunes
- Anfetaminas

### 5.- Grupo de policonsumo, pre-toxicómano.

Finalmente, nos encontramos con un tipo de consumo que está desarrollando un proceso pre-toxicómano. La droga más fuertemente presente es lo inhalables, pero se apunta ya un consumo, inicial probablemente todavía esporádico, de otras drogas más peligrosas y adictivas. Su configuración es la siguiente:

Inhalables  
Alucinógenos  
Heroína  
Anfetaminas  
Cánnabis

Sin duda el conocimiento de estos cinco grupos de policonsumidores de drogas es de gran interés para toda la acción de lucha contra la misma, pues se trata de colectivos muy diferenciados y que requieren un abordaje específico.

### 3.3.- Plan Andaluz sobre drogas.

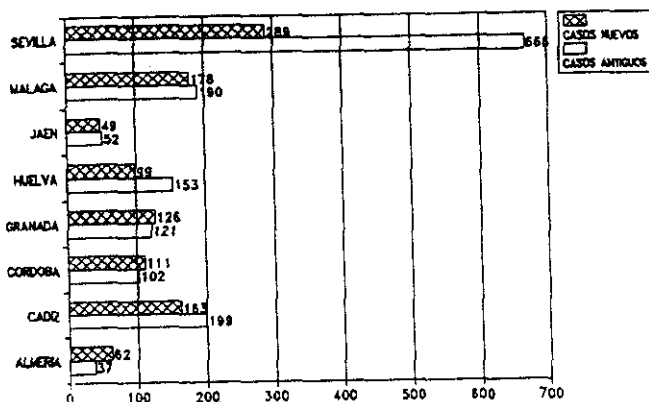
#### 3.3.1.- Memoria de las actividades de 1.988.

Durante 1.988 (7), igual que en años anteriores, las actividades de prevención han tenido como objetivos generar un cambio de actitudes en la población con respecto a las drogodependencias en general, y al papel de cada miembro de nuestra sociedad, ya sea individualmente o como perteneciente a un colectivo social o profesional, más o menos amplios, debe asumir para prevenirlas.

Así, sigue estando vigente la transmisión de información a la población general sobre los recursos de que se disponen, la conveniencia de que desde la familia se adopten comportamientos de mayor compromiso con respecto a la educación de sus hijos, y que sectores profesionales concretos asuman un papel más activo, tanto aumentando sus conocimientos en la materia como implicándose en su resolución cuando fuese necesario.

Paralelamente se han desarrollado actividades preventivas dirigidas a poblaciones más específicas, concretamente a la familia mediante la repetición en T.V. de la campaña "Entre la droga y tu hijo estás tú"; a población afectada o en riesgo a través de un disco "Grupos andaluces del rock contra el rollo de la droga", distribuidos en emisoras de radio, discotecas y otros centros concurridos por jóvenes; y a colectivos empresariales interesando su colaboración en el proceso de reinserción de drogodependientes mediante su participación en el programa Red de Artesanos.

### INICIOS TRATAMIENTO CC.PP.DD. Y PRIV. CONCERTADOS POR OPIACEOS Y COCAINA 1988



#### 3.3.1.1.- Formación. Publicaciones.

### Formación-información de carácter general

CURSOS Nº	POBLACION RECEPTORA	Nº ASISTENTES
30	Asociaciones de autoayuda, alumnos, facultades y escuelas universitarias, familias, voluntariado social, etc.	1.025
<b>SESIONES INFORMATIVAS</b>		
224	Sanitarios, empresas, medios comunicación, asociaciones, población general, etc.	7.243
<b>JORNADAS</b>		
1	Técnicos de centros públicos y privados concertados.	130
1	Congreso de alcohólicos rehabilitados	520

### Formación-cursos a profesionales

Nº	POBLACION RECEPTORA	Nº ASISTENTES
26	Sanitarios	863
26	Educadores	625
18	Trabajadores sociales; equipos multiprofesionales, técnicos II.PP., de asociaciones de autoayuda, Policía Municipal, técnicos de empresas	219

## Publicaciones

LIBROS Título	Año publicación	Tirada	Distribución
Los padres ante las drogas	1988	6.000	General
Cuaderno Orientación Sanitarios	1988	4.000	Sanitarios
Cuaderno Orientación Psicólogos	1988	6.000	Psicólogos-Educadores
Cuaderno Orientación Educadores	1988	6.000	Educadores
Plan Andaluz sobre Drogas: Informe Situación 1988	1988	3.000	General
Los andaluces ante las drogas	1988	3.000	Profesionales
Cuaderno Orientación Asis. Sociales	1988	6.000	Asis. Sociales
Drogadicción y embarazo	1988	5.000	Profesionales Sanitarios profesionales

## Campañas informativas

OBJETIVOS	MEDIOS	CALENDARIO
1. Captación de ofertas de plazas de aprendizaje laboral para programa de reinserción «Red de Artesanos»	Prensa	Marzo
2. Difusión del teléfono informativo	Prensa	Marzo-Diciembre
3. Día Mundial sin Tabaco	Prensa y pegatinas	Marzo-Abril
4. Un Día sin Alcohol (*)	Carteles	Septiembre
5. Información sobre medidas preventivas dirigidas al ambiente familiar	T.V.	Noviembre-Diciembre
6. Grupos andaluces de rock contra el rollo de la droga	Disco	Enero-Diciembre

(\*) Campaña subvencionada por el Comisionado para la Droga y realizada por la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Andalucía.

Fuente: Junta de Andalucía

### \* Disco Rokero

El 22 de febrero se presentaba en Sevilla el disco "Grupos andaluces de Rock con el Rollo de la Droga", editado por el Comisionado para la Droga y producido por el Grupo Sur en Pañoleta Records. Al día siguiente los periódicos destacaban la noticia como una primicia nacional. La televisión pasaba un video sobre las canciones del disco. En los días siguientes se procedía a la distribución de los cinco mil ejemplares. Discotecas, emisoras de radio, centros culturales ... Con la primavera el sonido del rock andaluz entraba en todas partes con un mensaje rotundo: a los rockeros no les va ese rollo, hay que acabar con este rollo de la droga, que "además no está de moda".

Ocho grupos andaluces, cuatro por cada cara, completan el microsurco, un grupo por cada provincia.

Algunas letras del disco:

"... Y ADEMAS NO ESTA DE MODA"

Oye escucha, mírate al espejo  
pareces el caballo el Guernica al revés.  
Tu cara se deforma, los ojos te dan vueltas  
y sexo ardiente ha dejado de arder.

TE COGE POR EL CUELLO, APRIETA Y TE AHOGA  
SE GASTA TU DINERO Y ADEMAS NO ESTA DE MODA  
(bis).

Esta tarde vi la televisión  
leí la prensa y sentí la frustración.  
Chicos rosados colgados con el "crack"  
cerebros destrozados que dejan de pensar.

TE COGE POR EL CUELLO, APRIETA Y TE AHOGA  
SE GASTA TU DINERO Y ADEMAS NO ESTA DE MODA  
(bis). (8)

### 3.3.1.2.- Asistencia y reinserción. Movimiento asociativo.

En 1.988 los centros especializados de tratamiento ambulatorio, tanto públicos como privados concertados, han atendido a 4.202 personas. El 63,2% de esos casos fueron atendidos en los Centros Provinciales de Drogodependencias y el resto en centros concertados.

El 61,8% de estos inicios de tratamiento (2.597 casos) correspondieron a sujetos heroínómanos de los cuales un 58,5% (1.520 casos) contactaban por primera vez con dispositivos sanitarios a causa de su drogodependencia.

Los Centros Provinciales de Drogodependencias han incrementado a lo largo del año 1.988 el número de pacientes que se mantienen en contacto con los mismos en un 40% pasando de 1.041 el 31.12.87 a 1.400 el 31.12.88. Durante 1.988 se han efectuado en estos Centros 38.133 revisiones y han concluido la desintoxicación 1.560 personas de las cuales 316 lo han realizado en Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.

El 1.988 se fomentó el funcionamiento y manteni-



miento de las asociaciones de afectados, familiares y amigos de drogodependientes dado el alto grado de significación social que representan en el abordaje integral de las drogodependencias.

Se ha tenido en cuenta la existencia de otras asociaciones que realizan actividades de interés social, que si bien no están directamente relacionadas con el campo de las drogodependencias, tienen un gran valor preventivo al proponer alternativas educativas y culturales, incidiendo en la mejora del uso de tiempo libre en las zonas marginales con un alto porcentaje de población juvenil considerada de alto riesgo. A tal fin en la convocatoria de subvenciones de asociaciones de 1.988 se contemplaban las posibilidades de conceder ayudas económicas a asociaciones de esta naturaleza.

Fueron subvencionadas un total de 40 asociaciones, entre los diversos tipos, alcohólicos, familiares y juveniles, con un importe de 50.000.000 pesetas y a la Federación de Alcohólicos Rehabilitados se concede una ayuda económica de 6.950.000 pesetas para la realización de una campaña de prevención del consumo de alcohol.

Almería recibió solamente 1.071.000 pesetas para la asociación ARA (Alcohólicos Rehabilitados de Almería).

### 3.3.1.3.- Centro Rural para Menores Drogodependientes.

La Cruz Roja y el Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía, han puesto en marcha una nueva alternativa piloto, en coordinación con los centros provinciales de drogodependencias: la creación de un centro rural para menores drogodependientes.

Se justifica este proyecto en la ausencia total de centros para menores de 16 años y en las especiales características que éstos conllevan, estando destinado a albergar un máximo de quince menores, con carácter interprovincial, dentro de Andalucía.

El propósito general de este Centro es el de atender "al menor drogodependiente que tiene graves dificultades en la convivencia en su medio socio-familiar para que pueda realizar, en régimen cerrado, tratamiento de deshabituación y rehabilitación".

El método se basa en la aplicación de actividades

psicoterapéuticas, educativas y recreativas dirigidas por el director, el médico, el psicólogo y los colaboradores del centro.

3.3.2.- Normativa dictada sobre drogodependencias.

- \* Decreto 72/1985, de 3 de abril, por el que se crea el Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía.
- \* Decreto 108/1988 de 16 de marzo de estructura orgánica de la Consejería.
- \* Orden de 18 de marzo de 1.988, por la que se convoca y regula la celebración de conciertos con entidades privadas para el desarrollo de programas asistenciales en materia de drogodependencias.
- \* Orden 18 de marzo de 1.988, por la que se regula la concesión de ayudas económicas destinadas a asociaciones con actividades en el campo de las drogodependencias.
- \* Resolución del 7 de julio de 1.988, por la que se hacen públicas las subvenciones concedidas al amparo de la Orden de 18 de marzo de 1.988.
- \* Orden del 21 de junio de 1.988, por la que convoca y regula la concesión de ayudas económicas en materia de reinserción de drogodependientes.
- \* Decreto 330/1988, de 5 de diciembre, por el que se dictan las normas de acreditación de centros y servicios de atención a drogodependientes.
- \* Orden de 23 de enero de 1.989, de aprobación de las normas de solicitud y concesión de ayudas económicas en materia de reinserción de drogodependientes.
- \* "En el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (B.O.J.A.) del 10 de Enero de 1.989 se publicaron las normas contenidas en el Decreto 330/1.988, sobre "ACREDITACION DE CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCION A DROGODEPENDIENTES".

Por mi parte subrayo la importancia de tal norma,

ante el negocio de intrusos, sectas religiosas,... Negocio montado sobre la necesidad de los enfermos y el ocultismo y la ignorancia de los familiares.

3.3.3.- Gastos por áreas en la Junta de Andalucía (1988).

**Gastos por áreas**

1. Prevención .....	96.118.968
2. Asistencia .....	447.360.000
3. Reinserción .....	65.718.000
4. Investigación, información, documentación .....	20.713.000
5. Fomento movimiento asociativo, promoción social .....	62.000.000
TOTAL .....	691.909.968

Fuente: Junta de Andalucía

3.4.- La droga en Almería

3.4.1.- La droga en la adolescencia

El Estudio socioepidemiológico dirigido por el Dr. José Antonio González Aragón y patrocinado por el Excmo. Ayuntamiento de Almería en el curso 1985/1986 a jóvenes entre 12 y 18 años de esta capital, nos ofrece los siguientes datos:

Tabaco: Un 91,6% de los jóvenes encuestados lo han probado, teniendo la primera experiencia entre los 12 y los 14 años.

Alcohol: Lo han probado el 92,7% entre los 12 y 17 años. La cerveza es la más consumida con un 98,1% y predominando los destilados entre los 15 y 17 años.

Cannabis: Lo han probado el 57% de los encuestados, entre los 15 y los 27 años.

Entre 15 y 25 años:

Heroína: La ha probado el 7,1%

Cocaína: La ha probado el 4,7%

Alucinógenos: Los han probado el 9,5%

Anfetaminas: Las han probado el 9%

Datos técnicos de la encuesta:

Ambito: Municipio de Almería Ciudad.

Muestra: 1.117 encuestados de ambos sexos.

Edad: 12-25 años

Estudio patrocinado por el Ayuntamiento de Almería. No publicado.

#### 3.4.2.- La droga en la infancia

Con el título "Problemática de la droga" (1984), Pérez Moya, Fca. y tres compañeras, alumnas de tercer curso de Magisterio, realizaron, bajo mi dirección, un estudio que consta de quince ítems sobre 54 alumnos/as del Colegio Nacional de Prácticas en la ciudad de Almería con edades comprendidas entre los 12 y 15 años.

Destacamos las respuestas obtenidas en el ítem "¿crees que quien recurre a la droga lo hace impulsado porque...?":

##### a) NIÑOS

Sentir sensaciones nuevas .....	66,6%
Cambiar la personalidad .....	12,1%
Fracaso en algo .....	12,1%
Afectivamente abandonado .....	9,9%

##### b) NIÑAS

Sentir sensaciones nuevas .....	52,3%
Cambiar la personalidad .....	1,1%
Fracaso en algo .....	28,8%
Afectivamente abandonado .....	14,2%

## NOTAS

- (1) FERNÁNDEZ, F. (1989) "La religiosidad de la juventud española, ayer y hoy". Paso a la modernidad de España y la juventud. En, Catolicismo en España. Ed. Inst. Soc. Aplicada de Madrid.
- (2) IDEM. (1989) La religiosidad juvenil en la España transicional: décadas 50-80. Tesis Doctoral, Facultad de CC.PP. y Sociología. Universidad Complutense de Madrid (12.07.89). No publicada. Analiza los cambios en Págs. 146-153.
- (3) ORTEGA, V. (1.985) "El cambio de valores en España". En Catolicismo en España. O.C. (Pags. 121-151).
- (4) ANDALUCIA, JUNTA (1988). Los jóvenes andaluces una actitud realista ante la vida. Equipo analista: Margen Andalucía. Consta de 283 páginas. Edita: Consejería de cultura. Sevilla. Las páginas por mi consultadas:  
- descripción estadística: 38 a 75  
- actitudes de la juventud andaluza: 210 a 254.
- (5) IDEM. (1.988). Los andaluces ante la droga. Ed. Comisionada para la droga. Sevilla.
- (6) IDEM. (1988). Informe de situación. Ed. Comisionado. Sevilla.
- (7) IBIDEM.
- (8) IDEM. (1.988 - 1.989). "Alcaid". Rev. 5 y 6. Ed. Comisionado. Sevilla.

V.- FAMILIA Y TOXICOMANIA EN ALMERIA



#### **V.- FAMILIA Y TOXICOMANIA EN ALMERIA**

- 1.- El sentido de la droga.
- 2.- ¿El mundo del futuro va hacia la droga?.
- 3.- Familia y compromiso social.
- 4.- Cuestionarios a padres de drogadictos.
- 5.- Ordenación y resumen de contenidos manifestados en las entrevistas por padres y madres.





Es un hecho incuestionable: las drogas y los tóxicos, hasta hace poco eran competencia exclusiva del bajo mundo, disueltos en la oscuridad de la noche o comercializados en esquinas apartadas, salen ahora a la luz del día y ganan un nuevo sentido en manos de los adolescentes. Así lo analizan los Drs. Aizpiri y Kalina (1.987, pp.48-60) a quienes seguimos citando. Entre las paredes de los baños escolares o en la penumbra de los recintos cerrados, lo que era propio de marginados y delincuentes, se transforma ahora en un agudo y más amplio problema social: la difusión de los tóxicos entre la juventud. Añado, por mi parte, que el fenómeno es ya infanto-juvenil. (1)

### 1.- El sentido de la droga.

El joven que hoy día recurre a las drogas ya no es un caso de excepción ni tampoco un "mal elemento" que debe ser crucificado por la ira de la moralidad pública. Su gesto tiene un "sentido". Su desesperación entraña un pedido. Su dejadez, una falsa justificación. Todo esto necesita ser entendido y atendido para que el adolescente no se transforme en alguien marginado, pasivo e inconsciente. La gravedad de esta cuestión no se resuelve con una simple negación o a través de la represión. El problema tiene que ser enfrentado y comprendido en sus diversas dimensiones: la de las relaciones familiares y la de su utilización en un nivel social.

¿Por qué mi hijo toma droga?.

Son muchos los padres de toxicómanos que se hacen esta pregunta. Pocos, sin embargo, con la suficiente honestidad. En la mayoría de los casos ella permanece semisofozada, en el fondo inconscientemente, poblando de culpas los sueños de los mayores. En efecto, la reacción más frecuente es la acusación, la segregación y el castigo. O peor todavía, una actitud de aparente desentendimiento, como si se quisiera poner fin al problema que ya tiene hondas raíces en la personalidad del adolescente, en su familia y en el mundo que le rodea, mediante el enjuiciamiento moral o una violenta intolerancia, no siempre disimulada. Ello causa carencia de criterio clínico para posible terapia.

### 1.1.- Personalidad, familia, medio-ambiente-social.

En el origen de una actitud drogadictiva del adolescente se entrecruzan dos grandes vertientes: su historia individual-familiar- y la crisis del mundo al que se enfrenta. La incidencia creciente del consumo de tóxicos en la adolescencia no es una casualidad. Resulta, principalmente, de la gravedad de la crisis propia de ese período en un mundo cultural como el nuestro.

En un principio, los caminos capaces de conducir al adolescente a la drogadicción pueden parecer intranscendentes. En efecto, el consumo de drogas suele comenzar, muchas veces, de manera trivial. Es frecuente que, en sus propios hogares, los adolescentes estén habituados a ver a sus padres fumando, no pocas veces de manera descontrolada, y consumiendo bebidas alcohólicas o ingiriendo toda clase de pastillas: las que les permiten dormir, las que les ayudan a adelgazar, las que estimulan su predisposición al trabajo. Todos estos son modelos de conducta que pueden llegar a desempeñar una función altamente condicionadora en el interés y la ulterior necesidad que un joven puede tener con relación a las drogas. Inconscientemente, él aprende que mediante cierto tipo de píldoras o a través del alcohol o el tabaco es posible "superar" ciertas tensiones o disminuir la intensidad de algunas dificultades psicológicas.

No menos habitual es que, en una fiesta de adolescentes alguien ofrezca al grupo un cigarrillo de marihuana. Cuando el que lo acepta es un joven psíquicamente sano, hará su experiencia y más allá del resultado que obtenga -un buen o mal "viaje"- no volverá a probar la droga o lo hará ocasionalmente. Pero las personas débiles reinciden con frecuencia creciente precisamente porque sienten y creen que es su debilidad lo que el consumo de drogas neutraliza. Es así como, paulatinamente, comienzan a no poder prescindir del tóxico: sin él la realidad no les ofrece perspectivas interesantes ni tolerables. Este es el instante en que empieza a desarrollarse la adicción propiamente dicha. El estado previo de la estructura psicológica del individuo condicionará las características y la intensidad de ese desarrollo.

Cuando el adolescente cuestiona y pone en duda, no amenaza sólo su estructura personal, sino también aquella estructura más abarcadora de la que forma parte, vale decir la sociedad. Por eso es tan frecuente que el adolescente sea tenido por las personas mayores como alguien peligroso. Porque él todavía no se resignó. Y con su inquietud no hace sino denunciar las múltiples falacias que se esconden detrás de los preconceptos más arcaicos y todas aquellas conductas que disimulan mal la irracionali-

dad de los motivos en que se inspiran. El adolescente es peligroso porque no logra ni se propone controlar su impulsividad. Y con sus movimientos bruscos, sus tanteos y su conducta vacilante conmociona inevitablemente los valores de un mundo que prefiere ver consolidadas las tendencias a la estratificación.

Los estudios del comportamiento humano desarrollados por diversos investigadores lograron trazar un perfil más íntimo de la personalidad del joven adicto al consumo de drogas. Pudo verificarse que, a raíz de sus conflictos, esa personalidad se configuró muy precozmente, aún en la primera infancia, resultando de relaciones precarias e insatisfactorias con los padres y con quienes componen, de una forma u otra, su medio familiar.

#### 1.2.- Enfrentamiento con la vida.

El enfrentamiento con la vida es algo muy difícil, no sólo debido a los problemas objetivos que inevitablemente se le presentan en este periodo, sino a raíz de una cierta incapacidad para sintetizar de forma adecuada sus vivencias, transformándolas en reservas útiles para una vida de mayor contacto con la realidad. Y por paradójico que pueda parecer es justamente a través de las drogas, en función de los mitos de "apertura y encuentro" que las envuelven, cómo el adolescente pretende entablar un contacto más íntimo consigo mismo y con las cosas. Incapaz de soportar las frustraciones y restricciones durante mucho tiempo, se convierte en una persona muy impulsiva, con tendencia a tomar decisiones que abandona precipitadamente, en busca de tantas otras opciones que, de igual modo, deja de lado un esfuerzo infructífero por saciar un hambre ilimitada de seguridad básica.

Con la ilusión de estar alimentado, sobreviene la ilusión de fortaleza. Como la espinaca en las historietas de Popeye, la droga que es también símbolo de potencia, transforma al adolescente en un superhombre. Adoptando el camino de las drogas, el adolescente cree estar dando pruebas de su autonomía y autosuficiencia. Se imagina dueño de sí mismo, desafiante y poderoso, capaz de concretar sus objetivos, no siempre demasiado claros. Y, finalmente, cree haber encontrado la mejor manera para poder decir: "Fíjense, ya no necesito más de ustedes. ¡Puedo alimentarme solo, ser yo mismo!". Y es aquí donde encontramos plenamente consolidada la situación paradójica. Intentando negar su fragilidad, la dependencia que lo aprisiona, así como en otro momento lo retuvo unido a su madre el cordón umbilical, el adolescente recrea en el mundo externo una nueva

forma de sumisión, un vínculo de dependencia que no sólo es psicológico. También es físico. Ambicionando ser un superhombre, se descubre, sin embargo, impotente. Sometido a las exigencias cada vez más urgentes e intensas de su presunta autonomía, logra apenas confirmar su inmovilidad y aumentar su resentimiento.

- 1.3.- Crisis: amor-odio; idealismo-represión; enfrentamiento jóvenes-viejos; el adolescente "revolucionario" versus inmovilismo socio-familiar; de tierra de nada - a nueva clase con conciencia de "poder".

¿ Pero a quién odia tanto el adolescente?  
¿ De quién quiere liberarse?

De aquellos por quienes se siente oprimido, de quienes lo coartan, del mundo, y por eso, inconscientemente, de sí mismo. Porque en realidad todas las características de este esquema resultan de la impotencia del joven para enfrentarse con la realidad y con las fuerzas que se mueven dentro de sí.

La droga es, además, el último recurso de que cree disponer el joven para enfrentar un mundo que se vuelve cada vez más exigente y ante el cual se siente absolutamente indefenso y abandonado. Por eso odia. Su odio se transforma en destrucción interna de las imágenes de las personas que rechaza y esa destrucción constituye, además y en última instancia, la destrucción de sí mismo.

Teniendo que medirse con la sociedad, en la inminencia de tener que decidir quién es y qué hará de su vida, el adolescente se descubre aislado y temeroso. Necesita coraje para reunir y ordenar sus potencialidades interiores y comenzar a experimentar sus capacidades efectivas. En estos primeros movimientos que ensaya, en estas primeras decisiones que esboza, no siempre se muestra muy eficiente. Por eso, necesita cada vez más de ayuda para enfrentar con comprensión el mundo que lo espera y el doloroso desconocimiento de sí mismo.

Vale la pena recordar aquí que, en su vínculo con los padres, fomenta tanto como repudia la distancia abierta entre ellos. La fomenta, porque mediante su vigencia puede afirmar y reafirmar su diferencia, su singularidad y su identidad inconfundible. La repudia, porque esa identidad

no es tan inconfundible y porque su inseguridad es tal que no puede prescindir del apoyo y de la comprensión de sus padres, a quienes necesita para sobrellevar su angustia, sus temores y las profundas oscilaciones que caracterizan a sus estados de ánimo.

Por ello, para evitar que las dudas y los cuestionamientos, a los que se suma y se mezcla un intenso idealismo, no se vuelvan demasiado angustiantes en la confrontación con la dura realidad, el joven necesita encontrar un medio que lo capacite para soportar la crisis que está viviendo. Un ambiente que, sin ofrecer resistencia excesiva, no sea, al mismo tiempo, exageradamente permeable a sus propuestas e impulsos todavía tan desordenados.

Muchas veces, sin embargo, esta resistencia se manifiesta ásperamente, aunque encubierta. Los conflictos dentro y fuera de su casa se repiten con más frecuencia que nunca. En la familia y en la sociedad, la respuesta a la agitación del adolescente es la represión. Y muy violenta, aunque esta violencia no resulte evidente a simple vista. En el hogar, padres e hijos se convierten, de repente, en extraños. Abruptamente, la distancia entre las generaciones se recorta con nitidez. Olvidado de su propia adolescencia, y de las expectativas nunca colmadas que yacen adormecidas dentro de él, el padre de hoy no se reconoce en su hijo. Alarmado, puede volverse, muchas veces, escéptico e intranquilo en relación al momento por el que atraviesa el adolescente. Asimismo, libertades y reivindicaciones que los padres de hoy esbozaron en su propia adolescencia tan sólo con timidez, son esgrimidas por los jóvenes actuales a pulmón pleno. Profundamente conmocionados, los mayores descubren, además, que su autoridad es puesta en tela de juicio y que su experiencia es despreciada en nombre de la necesidad que el adolescente tiene de hacer las cosas por sus propios medios, siguiendo el impulso de vida que comienza a brotar con tanta fuerza. Ante la crisis de identidad de los hijos, los padres se sienten desconcertados.

Hay que tener claro que cuando el adolescente reacciona y enfrenta al mundo, no siempre está tratando de conmocionar a la familia en cuanto a institución, ni tampoco necesariamente interesado en el cuestionamiento de sus aspectos jurídicos y formales. El blanco de sus embestidas es la familia que él trae dentro de sí. La densa y compleja trama de relaciones personales que fue siendo tejida desde su nacimiento tanto con la madre como con el padre, los hermanos, abuelos y demás parientes. Familia que existe en él y dentro de cada uno de los miembros del grupo al cual él pertenece. Por eso, cuando el medio en que vive se convierte en el blanco de sus dudas y cuestionamientos, corresponde entender que lo que ante todo él está tratando

de conmover es lo que hay de más íntimo en las personas que lo rodean; sus emociones particulares, su experiencia afectiva, todo su caudal sentimental. Esto explica que el adolescente sea concebido como alguien amenazador. No es, pues, la institución familiar lo que primordialmente tiene que modificarse bajo el impacto de la arremetida de los jóvenes. El cambio involucra, ante todo, a las personas que son parte de ella.

#### 1.4.- Lucha por el "poder" juvenil, consumo de drogas: pasividad, postración, autodestrucción, suicidio.

La lucha por el poder trasciende el ámbito casero y adquiere la dimensión de un enfrentamiento social, no siempre demasiado encubierto. Dos grandes bloques se disputan el liderazgo: jóvenes y viejos, en busca de la afirmación de sus derechos. Los dirigentes del mundo de nuestros días se enfrentan sorprendidos, al igual que los padres de familia, con una nueva clase: el "poder joven", que proclama sus derechos y esgrime sus opiniones con un idealismo -mucho más cercano al realismo que el de las generaciones anteriores- y una convicción olvidados hace ya mucho por los adultos. Y esto los hace aún más temidos y repudiados.

Las manifestaciones represivas, sin embargo, se hacen sentir de maneras muy sutiles, encubiertas por falsos valores como, por ejemplo, la defensa del establishment, de "la moral" y del poder constituido.

El consumo de drogas, al que el joven se lanza impulsado por la incapacidad para solucionar con madurez sus problemas, pasa entonces a ser instrumento contra él. Mientras los adolescentes adictos creen ingenuamente que están demostrando su rebeldía haciendo oídos sordos a las pruebas que se ponen a su alcance sobre el efecto nocivo de las drogas, y facilitando su difusión, los sectores más intransigentes de la sociedad encuentran en la comercialización de los tóxicos una oportuna fórmula para eliminar a quienes los enfrentan y cuestionan.

Vale la pena recordar que, algunos años atrás, las drogas predilectas por los toxicómanos eran las anfetaminas, la cocaína y las bebidas alcohólicas: excitantes. Actualmente las preferencias se dirigen hacia los tóxicos que desenvuelven rasgos de pasividad y postración. Apatía y desvinculación que tan bien se traducen en el lenguaje cifrado de los jóvenes: "Voy a viajar y a estar en la mía". Expresión que por otra parte no deja de ser muy reveladora

del sometimiento al ideal individualista de nuestra sociedad.

La utilización de drogas no es recurso nuevo. A través de toda la historia humana varias culturas primitivas atribuyeron al acto de fumar, por ejemplo, una serie de sentidos simbólicos de enorme importancia. La inhalación del humo era un método figurativo a través del cual se incorporaba el espíritu de Dios. Quien fumaba -tal era la creencia- adquiría poderes especiales y la fortaleza necesaria para enfrentar a sus adversarios y satisfacer sus deseos. Resquicios de este pensamiento mágico sobreviven en quienes buscan en la marihuana y en los demás tóxicos un recurso de satisfacción y fuga. El joven que no encuentra en sí mismo las condiciones para resolver las contradicciones por las que se ve asolado, sintiéndose incapaz de soportar las frustraciones que lo acechan por todos los lados, puede recurrir a la droga como quien recurre al sueño. Sonando realiza sus deseos, niega todo lo que hay de inconveniente y doloroso en la realidad, aleja y controla los peligros y las amenazas. El anhelo inconsciente es encontrar un paraíso inexistente.

De modo que la toxicomanía no es una rebelión, sino forma de sometimiento. Recordemos que adictus -adicto- significa, en latín, esclavo. No es un proyecto de vida, sino un proyecto muerte. Es una renuncia que resulta del fracaso de todos -sociedad, familia, adolescente- que nos obliga a pensar para poder llegar así a defender a los jóvenes. Nuestro difícil deber consiste en luchar para impedir que asuman el papel de chivos emisarios de una sociedad que es cruelmente paradójica y que está enferma.

Con los tóxicos, el joven consume, tan sólo, la renuncia final, mutilándose violentamente cuando comprueba su imposibilidad de actuación en la realidad. Sin advertirlo, ha terminado por identificarse con las expectativas de quienes quieren impedir su desarrollo, encargándose él mismo de ahogar en el vacío el impulso de sus aspiraciones más legítimas. Mediante su repliegue hacia el mundo de los sueños y de la irrealidad, el joven comete una forma sutil, pero no por eso menos real, de suicidio -una muerte lenta, pasiva, pero progresiva-. Quizás, en un último y desesperado esfuerzo por llamar la atención sobre su abandono. Es el grito mudo de quien buscó amor y comprensión y encontró una única forma de evasión de su fracaso: los tóxicos.



## 2.- ¿El mundo del futuro va hacia la droga?

"Cuando, hace unos 20 años, la droga proveniente de Africa, de Oriente Medio y América Latina empezó a invadirnos en grande, muchos esperaron confiados que pasaría pronto. Que sería moda de pocos años. Que la juventud reaccionaría ante esa autodestrucción. Que los Gobiernos actuarían contra esa amenaza siniestra. Pero en vano. Desde entonces hasta ahora, las relaciones han sido tímidas, sin convicción. Una parte de la juventud, que "pasaba" de todo, no "pasa" de la droga. La inundación ni está frenada, ni está encauzada. Al contrario: El futuro de Europa y de Estados Unidos parece anunciar más droga. ¿Qué está pasando? ¿por qué este suicidio colectivo?". SEGURA M. (1988). (2)

Con ese alertarnos nos introduce el autor del artículo "Predestinados a la droga", que trato de esquematizar.

### 2.1.- ¿Por qué ese suicidio colectivo?.

#### 2.1.1.- Porque hay desencanto.

No hace falta "ponerse filósofo". Basta con mirar. Muchas familias están rotas y más se van a romper en los años próximos. Tanto la técnica como la propaganda de la televisión y las revistas nos habían hecho concebir expectativas altas de felicidad: y vino Chernobyl, y vino la angustia, vino el consumismo, ... terrorismo .... Las guerras que no acaban. Los jóvenes no tienen trabajo, no parece lo vayan a tener fácilmente a plazo inmediato. Entre optimismos, puramente utópicos y realismos vivenciados se acrecienta el desencanto.

#### 2.1.2.- La libertad y el paraíso están en la química.

No se puede vivir sin ilusión, atrapado en una cárcel entre animales feroces, como dijo San Ignacio. El y otros maestros de la vida espiritual buscaron salida de esa cárcel por la ascética de la conversión y la mística del encuentro con Dios. Pero los jóvenes de Europa y de Estados Unidos, en gran cantidad, no creen en la ascética ni en la mística y buscan la salida por la química. El Cardenal Ratzinger, en un ensayo titulado "el ocaso del hombre y el

reto de la fe" (3), dice acertadamente que "la droga constituye la pseudomística de un mundo que no cree, pero que tampoco puede liberarse de la tensión del alma hacia el paraíso".

Los jóvenes actuales, los hombres actuales, buscan la libertad y buscan la trascendencia: no quieren contentarse con este mundo, "organizado" así por la generaciones anteriores, pero tampoco tienen, en su gran mayoría, las agallas necesarias para organizarlo de otra manera. Entonces "pasan" de todo y la manera más radical de "pasar" es drogarse.

Intercalo en el seguimiento de SEGURA, sugerencias de GONZALEZ - ANLEO, sobre "tedio ritual y drogas" (4). "En el caso de los jóvenes, el tedio ritual tiene sin duda que ver con las formas litúrgicas actuales y con el fuerte impacto en la mente juvenil del ingrediente psicodélico de la cultura que nació en los 60. En su visión de la religión en el año 2000, Greeley establece un curioso paralelismo entre el mundo de la psicodelia y las tendencias de una liturgia más adaptada al hombre de hoy y de mañana. El ritual psicodélico, según Greeley, ayuda a trascender la rutina monótona y estrecha de la vida cotidiana, a recobrar una nueva unidad y entrar en contacto con las fuerzas de la naturaleza, a traspasar las apariencias y contemplar la verdad en toda su pureza en los estratos más profundos de nuestro ser, a inducir en nuestras mentes estados psicológicos situados más allá del control racional, a crear una comunidad basada en intensas vivencias de confianza y amor" ... "Es dudoso que una religión universal y "racional" pueda ofrecer a sus fieles experiencias culturales como las sugeridas por Greeley aunque en todas las liturgias religiosas hay elementos estáticos, contemplativos, comunitarios y no-racionales. En todo caso la Iglesia no podría competir en este terreno con las sectas pseudo-religiosas. Y no lo pretende". En la misa católica se consagra el vino.

### 2.1.3.- La droga es una gran negocio.

Así lo expresa SEGURA. "La droga ha dado muchos puestos de trabajo en los últimos años. Es el medio de vida para el "camello" que saca lo justo para vivir y para consumir él mismo; para el chico "avisador" que da un silbido para avisar a los camellos que se acerca la policía; para los miles que cortan la coca y el cánnabis en Colombia, Bolivia, México o Marruecos; para los intermediarios latinoamericanos que se enriquecen a costa de los "gringos" norteamericanos, antes explotadores y ahora

explotados y destrozados por la droga.

Pero sobre todo, para la gran mafia mundial. Toda ella está metida en la droga. Ni el boxeo profesional trucado, ni las carreras de caballos amañadas, ni las redes internacionales de prostitución se pueden comparar, en cuanto a ganancias, con la droga. Todo el que puede, y no tiene moral ni dignidad, está metido en la droga. Junto con las armas, es el gran negocio del siglo. Y si se acaban las guerras, será el único. Hace poco escribía Umberto Eco, con frialdad y tristeza que tal vez no convenga acabar con el negocio de la droga, pues entonces sólo quedaría el de las armas: los grandes buitres de la mafia "tendrían" que dedicarse al negocio de las armas y a inventar algunas guerras para utilizarlas. El dilema, según Eco, tiene esta brutal claridad: o disminuyen las guerras y entonces hay que dejar campo libre a los traficantes, para que inunden el mundo de droga, o se legaliza la droga, acabando así ese negocio y entonces nos preparamos para nuevas, interminables guerras.

2.1.4.- ¿Pero se piensa en serio legalizar la droga?

En Estados Unidos es actualmente la gran discusión (5). También en España se ha puesto el tema sobre el tapete de estudiosos y políticos.

2.1.4.1.- Razones a favor de la legalización.

- 1ª) El Estado no tiene derecho a decirle a nadie lo que puede o no puede consumir. Es problema de cada uno.
- 2ª) Todas las leyes antidroga, en todos los países, han sido un fracaso estrepitoso. No sirven.
- 3ª) Al contrario, por estar prohibida es precisamente por lo que es un negocio venderla: los altos precios se justifican por el riesgo que corren los traficantes, tanto frente a la policía, como por parte de las bandas rivales.
- 4ª) Si se legalizara la venta y consumo, como se

hizo con el alcohol, desaparecerían los delitos relacionados con la droga, como desaparecieron los relacionados con el alcohol: guerras de bandas de traficantes, sobornos y amenazas a policías y jueces, robo y prostitución para conseguir dinero y comprar droga. Ahora nadie roba ni mata para conseguir una botella de vino o un paquete de cigarrillos de tabaco.

- 5ª) El dinero que ahora se gasta en la lucha antidroga se podría utilizar en educar a la población sobre la peligrosidad del consumo.
- 6ª) El Estado sacaría buenas rentas de los impuestos sobre droga, como los saca ahora del tabaco y del alcohol. Como se ve, son argumentos importantes, a los que hay que contestar con razones, no con furia.

#### 2.1.4.2.- Razones en contra de la legalización.

- 1ª) Es un engaño comparar la droga con el alcohol. Es verdad que ambos pueden destruir a la persona y hacer que su vida ya no sea humana, pero la realidad es que el alcohol es usado moderadamente por la mayoría de sus consumidores, de modo que sólo el 10% de los bebedores se convierten en alcohólicos, mientras que la cifra actual respecto a la droga es que el 75% de los que prueban se hacen adictos. (6) Todo Occidente se podría convertir en una sociedad de zombies.
- 2ª) Es un engaño comparar la droga con la ropa o con las bebidas gaseosas o con las hamburguesas, como hacen los que rechazan el control estatal sobre todo eso. Si se quiere comparar la droga a otro producto, habría que compararla a venenos muy activos, a armas de fuego, o a explosivos. Por supuesto que una sociedad madura y educada podría usar bien esos tres productos, si se vendieran liberalmente; pero dada su enorme peligrosidad para la vida propia y ajena, su venta está controlada en todos los países civilizados (con la llamativa excepción de Estados Unidos, respecto a las armas de

fuego). Por el mismo motivo de su peligrosidad para la vida propia y para la sobrevivencia de la familia y de la sociedad, la droga no debe ser vendida libremente.

3\*) Es también digna de considerarse la triste razón propuesta por Umberto Eco: si se legaliza la droga, tendremos más guerras, pues ya el único negocio sería el de las armas. Es cínico, pero es verdad.

4\*) El argumento más fuerte a favor de la legalización, es sin duda, la previsible disminución de la delincuencia, al abaratare enormemente los precios y al estar la droga libremente a la venta en cualquier farmacia o cualquier estanco, como la aspirina o el tabaco. Pero, en buena lógica, para evitar totalmente el mercado negro y la delincuencia, que ese mercado trae como consecuencia, tendrían que cumplirse tres condiciones:

- Que la droga se vendiera barata.
- Que se vendiera sin limitaciones de cantidad por persona, es decir, sin necesidad de una "cartilla" supervisada médicamente.
- Que se vendiera también a los menores de edad.

¿Qué legislador querrá pagar ese precio y sus tremendas consecuencias, a cambio de conseguir una posible disminución de delitos?

Dadas esas razones, no creemos que ningún país se atreva, de momento, a legalizar la droga. Pero no se confíen ustedes..."

## 2.2.- Algunos lo tendrán peor todavía.

Legal o ilegal, la droga está aquí para quedarse. Los jóvenes de los próximos años, durante muchos años más, quizá, tendrán que enfrentarse necesariamente a ella. Y no todos tendrán las mismas fuerzas en este combate.

### 2.2.1.- Factores de riesgo.

El profesor Vicente Garrido, de la Universidad de Valencia (7), siguiendo a Dembo, resume así los "factores de riesgo", es decir, quiénes son los jóvenes que tiene más probabilidades de llegar a ser drogadictos.

- 1ª) Respecto a la edad, se ha deducido estadísticamente que el mayor riesgo estará a los 19 años.
- 2ª) En lo intrapersonal, tienen mayor riesgo de drogadicción los que tienen un "locus de control" externo, es decir, los que no están acostumbrados a decidir por sí mismos, sino por lo que les dicen otros, aunque esos otros sean sus padres.
- 3ª) También tienen mayor riesgo que los demás los que tienen ideas de autorrechazo o depresión, o los que se sienten rechazados por los demás.
- 4ª) En lo interpersonal, estadísticamente y por este orden, los factores de riesgo son: que el chico tenga malas relaciones con sus padres, que las tenga buenas, pero que los padres estén implicados en la droga o delincuencia; que el chico tenga amigos "normales" y se relacione, en cambio, con los que ya consumen droga; que el chico tenga una pobre relación con su escuela o instituto.
- 5ª) En lo ambiental, como es lógico, el mayor riesgo lo tiene el chico que vive en una zona con alta disponibilidad de droga donde ese consumo se acepta como cosa normal. Los jóvenes que tienen alguna de estas cinco condiciones, y mucho más si las reúnen todas, son los que de verdad están en peligro. Esos son los que no se escapan... (8)

### 2.2.2.- Todavía hay remedio.

Los padres, así informados sobre la realidad del proceso, experimentarán el lógico pesimismo que a todos nos amenaza actualmente ante la droga. ¿Es que no hay remedio? ¿Tendremos que dejar que toda la juventud pruebe la droga y que, confirmando la estadística, un 75% se hagan drogadictos? Hay remedio. Antes y después de presentarse el problema de la droga.

#### 2.2.2.1.- Antes de que llegue la droga.

Como acción preventiva, lo importante no es superproteger a los niños y jóvenes de todos los peligros posibles, sino darles una capacidad madura de autodecisión. Releyendo esa lista de Dembo-Garrido, se ve que el problema de la droga afecta a los que ni tienen fuerza interior, ni defensa exterior: ni columna vertebral ni caparazón de invertebrado. Son los que van frágiles e indefensos por la vida: no deciden por sí mismos, sino influenciados por los otros; tienen autorrechazo o se sienten rechazados por los demás; no encuentran apoyo ni protección en sus padres ni en la escuela; viven en un medio hostil, donde abunda la droga y se aprueba su consumo. Es decir, son invertebrados y además sin defensa. Son tortugas que van sin caparazón por una tierra de terribles aves rapaces.

Por eso la primera reacción de unos buenos padres, cuando ven a sus hijos acosados por el peligro de la droga, es protegerlos con una continua vigilancia. No dejarlos ni a sol ni a sombra. Y esa puede ser una solución momentánea ante una amenaza concreta. Pero lo definitivo es "vertebrar" sus vidas: enseñarles a tomar decisiones sopesando las posibles consecuencias. Enseñarles a decidir bien, sin imposiciones, ni siquiera de sus padres.

Tampoco pueden pretender razonablemente los padres que un hijo o una hija, a quienes se ha "educado" sin negárseles nunca un gusto, digan que NO cuando se les ofrezca este gusto misterioso de la droga. Si desde pequeños comieron lo que les apeteció e hicieron lo que les vino en gana, sin más límite que el dinero disponible, estarán indefensos ante la droga. Pero si aprendieron a decidir por sí mismos, a usar razonablemente su dinero y a negarse caprichos inútiles, no hay que tenerle miedo al desafío de la droga: los leones no necesitan caparazón para defenderse de las aves rapaces.

#### 2.2.2.2.- Después que llegó la droga a casa.

¿Qué hacer con un hijo o con una hija que ya están enganchados en la droga?. Ante todo, no hay que desesperar. El problema (a no ser que se trate de heroína) tiene remedio: siempre puede tener remedio. Aunque el hijo o la hija tengan ya una fortísima dependencia de la droga (a no ser que se trate de heroína). Aunque esté mezclado con un grupo de indeseables. Aunque esté robando en casa y fuera. Aunque haya dejado los estudios. Aunque haya empezado a deteriorarse físicamente, a no dormir, a perder peso.

El remedio está en convencerse de que ese hijo es UN ENFERMO. Y hay que llevarlo al médico. Cuando un hijo tiene algo serio de corazón o de estómago, a nadie se le ocurre esperar meses y meses "a ver si se arregla". Pues cuando el hijo es drogadicto, tampoco se puede esperar. Ni un minuto. Está enfermo. El médico, una granja, vida sana, sacarlo del ambiente, del grupo. Cuanto antes. Antes de que acabe de destrozarse y de destrozar a la familia.



### 3.- Familia y compromiso social.

El compromiso es la consecuencia de una decisión libre y personal. En qué sentido se puede hablar del compromiso de la familia o de un grupo social, compuesto de personas que son miembros del conjunto, dependerá de la amplitud y flexibilidad que se le dé a la palabra compromiso. En la relación familiar, los miembros no son medios para la familia, que sería el fin, sino que la familia es un medio al servicio de sus miembros.

La familia en las sociedades modernas no es una realidad uniforme, sino plural, y sus miembros aparecen cada vez más diversificados dentro de la unidad familiar, más plurales. Cada miembro, aspira a realizarse integralmente en libertad. Entonces ¿cómo puede haber un compromiso común familiar?

#### 3.1.- Compromiso social.

Y se trata de un compromiso específico: social, que es la decisión libre llevada a cabo por un sujeto de estar presente en las instituciones sociales para influir en su desarrollo y funcionamiento. La sociedad modela la familia, influye en la fisonomía humana de las personas. Es necesario que haya circunstancias favorables. De ahí la necesidad de la presencia en las instituciones para, desde dentro, modificar estas circunstancias, que estén más al servicio de la persona. Son instituciones múltiples: sindicales, culturales, políticas, ciudadanas, etc. Cada uno debe delimitar su compromiso de acuerdo a sus preferencias y cualidades. (9)

Hay una pluralidad de relaciones sociales. Una misma fe da lugar a diversos compromisos. No cualquier compromiso es compatible con la fe. Cabe una pluralidad de compromisos sociales dentro de la misma fe. El compromiso social de la familia no puede ser unitario, por decreto ley.

### 3.1.1.- El compromiso social de la familia como un reto.

El compromiso social de la familia no es el resultado de una elección libre, sino de una influencia de las necesidades sociales. La familia está orgánicamente vinculada a la sociedad global. La familia es una especie de miniatura de la sociedad global, que no es una envoltura que le viene añadida, sino que la constituye. A escala menor, la familia reproduce los rasgos de la sociedad no de modo determinista como puro resultado de la sociedad, pero sí como condicionamiento.

### 3.1.2.- Relación recíproca familia-sociedad.

También la familia, con su acción o su inhibición, puede influir para mejorar o empeorar la sociedad. La privatización de la familia es un objetivo imposible. La familia está llamada a contribuir al cambio o a la permanencia de lo que existe. Hay una dependencia no determinista, pero tampoco voluntarista. La sociedad tiene sus propias leyes.

No todo lo éticamente deseable es sociológicamente posible. Por eso se tolera el mal menor social. Empeñarse en alcanzar el ideal ignorando las dificultades es fruto de una ingenuidad humana.

La familia tiene que asumir la implicación social como un reto. De hecho está comprometida. Tenemos que decir el modo y el contenido de esa presencia. Esta interdependencia hay que subrayarla en los ambientes tradicionales, que tienen un recelo ante los condicionamientos sociales: primero, por el temor de anular la responsabilidad del personal, y segundo porque la moral social existente se ha elaborado en un diálogo crítico con las ideologías, y sobre todo con el marxismo.

### 3.2.- Historicidad de la Institución familiar.

La familia no es algo inmutable, sino pluralidad de expresiones, de modelos de familia, aunque no tengan todas la misma valoración cristiana. Pero las culturas influyen. La "muerte de la familia", propugnada por algunos, es la muerte de un determinado modelo de familia. Hoy coexisten diversos modelos de familia a nivel mundial.

### 3.2.1.- Rasgos tradicionales.

La familia tradicional de Occidente tiene unos cuantos rasgos: es cerrada, espontáneamente inclinada a desentenderse de la vida pública. Autoritaria: organizada de acuerdo a un dinamismo vertical, cuyo motor es la cabeza de familia. Androcéntrica: posición hegemónica del varón respecto a la mujer. Reproductora: a) en sentido genético: separa la procreación del amor conyugal; la procreación es un valor en sí mismo; b) en el sentido cultural: conservadora.

El compromiso social es un compromiso y es un reto. Su contenido depende de las situaciones que interpelan a la familia.

En esta sociedad occidental hay dos contravalores principales en conflicto con los valores evangélicos fundamentales del cristianismo. La Encíclica "Laborem exercens" la define como a) economicismo, y b) materialismo práctico. El mundo occidental está constituido por democracias capitalistas que, a su vez, están integradas en un bloque militar o geoestratégico.

Vivimos en una sociedad donde se práctica el culto al dinero, cultivado por instancias políticas aparentemente refractarias a este modo de pensar. En España se da la posibilidad y oportunidad de ganar más dinero en el menor tiempo.

¿Es una llamada a las inversiones extranjeras? Puede ser, pero se difunden al mismo tiempo una sensibilidad y mentalidad de cierto mundo moderno que da prioridad al tener sobre el ser.

### 3.2.2.- Obsesión consumista.

Hay una obsesión de criterio consumista: es la mitología o cultura de los juegos de azar en los medios de comunicación; se difunde la convicción de que la solución de los problemas de la vida no está en el trabajo, sino en el acierto en el juego.

Competitividad insolidaria. La sociedad de los tres tercios. El índice de desempleo va aumentando por la renovación de la tecnología; es el ocaso de la civilización del trabajo y nacimiento de una sociedad creativa. Tres grupos: un tercio con trabajo estable bien retribuido; un tercio de subsistencia en la economía sumergida; un tercio

que va a vivir con la ayuda de la beneficencia, de la asistencia social. Esto genera insolidaridad, aumento del fraude fiscal, que se ha convertido en el deporte nacional, aprobado por un sector importante de la sociedad por la inexistencia, se dice, de un control eficaz del gasto y del destino del dinero recaudado. Las injusticias y el desempleo demuestran que el paraíso no es de este mundo, pero esta sociedad es la más justa históricamente posible, se afirma.

Trivialización progresiva del sexo, que se considera una realidad sujeta a reglas de carácter higiénico, pero no ético.

Degradación del sentido de un compromiso de carácter definitivo. Imposible comprometerse para siempre.

Si estos rasgos son reales, estamos asistiendo a un proyecto de descristianización de la sociedad, impulsado hábilmente desde el poder.

Existe un laicismo progresista de izquierdas. Hay minorías laicas de izquierda que desearían que el cristianismo se redujera a un dato cultural sin referencia religiosa. Pero hay también un laicismo de derechas, desde grupos que coinciden con la derecha. Llegan a las masas populares con nivel cultural más bajo.

### 3.3.- Reto de futuro.

El reto: alumbra un modelo de familia creativa, corresponsable, abierta a la sociedad, solidaria y frugal. Estos valores, cultivados en el hogar, los ofrece la familia a su entorno por el testimonio y la acción en las instituciones. Hay que complicarse la vida; lo instintivo es la comodidad, tratar de buscar coartadas, para la inhibición: "Todo sería igual", "la perfección escatológica no es histórica". El compromiso no se tiene que apoyar en una certeza de realización histórica, sino en dar a nuestras vidas una dimensión humana y cristiana. En el pluralismo de familia actual.

Disyuntiva: o tender hacia una familia reflujo y cortar el cordón umbilical con el presente o realizar y revisar el compromiso y enriquecer y actualizar en cada momento la propia identidad familiar.

#### 4.- Cuestionario a padres de drogadictos.

En el capítulo II se explicitó el cuestionario-entrevista a padres como uno de los instrumentos complementarios de información, que puede ayudar en la detección de rasgos o factores importantes del hecho de la toxicomanía. Descubrimos ahora el contenido de las respuestas dadas por los 30 padres de toxicómanos que voluntariamente aceptaron contestar al cuestionario-entrevista.

##### 4.1.- Perfil de la muestra de padres.

Las características más frecuentes entre los 30 padres son:

- Mujeres (21).
- De muy bajo nivel de estudios: 15 madres reconocen que sólo saben leer y escribir. Unicamente hay 5 padres con estudios universitarios.
- De categoría socio-profesional baja: 18 dedicados a sus labores, 4 no cualificados, 2 empleados y 2 pensionistas. Esto se traduce en los escasos ingresos económicos. El elevado nivel de gastos de un hijo drogadicto no es soportable en estas familias. Como, por otra parte, los drogadictos estudiados están en paro y no disponen de ingresos propios, para responder a la necesidad psicológica del consumo de droga, buscan el dinero mediante actividades delictivas. ¿Qué sucede en las familias de drogadictos con alto nivel económico?
- De elevado número de hijos: 10 padres tienen 3 ó 4 hijos, 13 de ellos más de 4. La proporción de miembros de familia supera a la media española.
- De edad entre: 35 y 65 años.

La tipología de los padres del toxicómano no equivale con la hallada en el estudio nacional del Instituto de Sociología Aplicada (1.987). En este estudio no hay especificidad en las familias del toxicómano en cuanto a categoría socio-profesional, nivel de estudios, edad o nú-

mero de hijos.

En nuestro caso, el estudio es sobre drogadictos en libertad y de centros penitenciarios y aquí sí hay una marcada tipología familiar, que penaliza a las clases socio culturales bajas. (Cuadros nº 1, 2 y 3). Apéndice estadístico.

#### 4.2.- Relación de padres e hijos.

Las preguntas 9, 11, 12 y 14 intentan conocer las relaciones entre padres e hijos drogadictos en general. Otras preguntas del cuestionario inciden en aspectos concretos de reacción de padres ante los problemas de sus hijos, especialmente ante su drogodependencia.

##### 4.2.1.- Tiempo libre dedicado a los hijos.

Sólo una cuarta parte de los padres dedican "mucho" tiempo a sus hijos. Otra cuarta parte reconocen dedicarles "poco" tiempo. La mayoría, sólo "el que le permiten sus actividades".

Como vimos anteriormente hay 20 padres, de un total de 30, que no trabajan fuera de su hogar (18 sus labores y 2 pensionistas).

Parece poco compatible este hecho con las respuestas acerca del tiempo dedicado a sus hijos.

¿A qué se deben estas respuestas? Pueden esconder varios hechos:

- Falta de comunicación entre padres e hijos: sus intereses, valores y experiencias están distantes, por ello "no tienen de qué hablar" y evitan el estar juntos.
- Aunque haya buena comunicación los hijos jóvenes están el mayor tiempo posible fuera de casa. Cuando vienen al hogar demandan la atención de la madre cuando realiza sus tareas (preparación de comida, etc.). Esto produce en ella un sentimiento de que no dedica bastante tiempo a su hijo.

- La probable existencia de discusiones y conflictos sobre el consumo de drogas hace más difícil la relación familiar y se procura evitar estar juntos.

Las madres dedican más tiempo a sus hijos que los padres, según el resultado del cuestionario. (Cuadro nº 4)

#### 4.2.2.- Respeto y confianza en las relaciones filiales.

Los padres prefieren, en gran mayoría, la confianza antes que el respeto. Solamente 5 padres opinan que la confianza trae consigo la pérdida del respeto.

Los hijos tienen mayor confianza con las madres que con los padres, incluso lo reconocen así la mayoría de éstos. (Cuadros nº 5 y 6). Apéndice estadístico.

#### 4.2.3.- Relación con las amistades de los hijos.

Más de la mitad de los padres conocen sólo a algunos de los amigos de sus hijos. La cuarta parte dice no conocer a ninguno.

Resulta extraño que los padres partidarios de confianza con sus hijos, ni siquiera conozcan a los amigos de éstos. En algunos casos pueden hacerlo intencionalmente: no quieren conocer a quienes les indujeron o, al menos les acompañan, en el consumo de drogas. (Cuadro nº 7). Apéndice estadístico.

#### 4.3.- La educación de los hijos.

Las preguntas 8 y 13 tocan algunos aspectos educativos.

La educación, según estos padres, debe ser "controlada" más que "tolerante". ¿Es opinión general de los padres españoles o se incrementa el deseo de control en estos padres de drogadictos?

En cuanto a las principales fuentes de educación

casi todos marcan a los propios padres y a los profesores. Sólo la mitad subrayan a los hermanos y a los estudios. (Cuadro nº 8 y 9). Apéndice estadístico.

#### 4.4.- Los motivos del consumo de drogas.

Los motivos más destacados por los padres, son los siguientes por orden de frecuencia:

- 1º El gusto de hacer lo prohibido.
- 2º Escapar de problemas personales.
- 3º Experimentar placer, animarse.
- 4º Por curiosidad y deseo de sentir.
- 5º Sentirse libre.
- 6º Deseo de ser miembro del grupo.
- 7º Sensaciones nuevas.

Distribuyendo en grupos similares estas 7 motivaciones señaladas por más de la tercera parte de los padres, se encuentran en prioridad los motivos de huida y libertad personal, seguidos de los de la búsqueda de nuevas experiencias; se destacan poco los motivos sociales y menos aún los motivos terapéuticos. (Cuadro nº 10 y 11). Apéndice estadístico.

Nota.- El estudio comparativo de las motivaciones, que llevan a la drogadependencia, común para los cuatro cuestionarios, se estudiará detalladamente en el capítulo VI "El Toxicómano en Almería", por ser el centro del estudio.



5.- Ordenación y resumen de contenidos manifestados en las entrevistas por padres y madres.

A.- PADRES

5.1.- Iniciación: edad, drogas iniciáticas, principales drogas consumidas.

- \* Hijo drogadicto.
- \* Hijo drogodependiente.
- \* Hijo drogadicto de 22 años de edad.
- \* Hijo drogadicto.
- \* Hijo drogadicto. Edad 30 años. Vive con nosotros, sus padres. Heroínómano.
- \* Hija drogadicta encarcelada. Ladrona en casa y fuera, por la heroína. Para que se le pasase el "mono", tenía que ir la madre corriendo a la farmacia a por el Rohipnol para que se durmiese y dejase de gritar desesperadamente.
- \* Hijo drogadicto, enfermo, preso cumpliendo condena.
- \* Hijo toxicómano, 22 años de edad. Empezó a iniciarse a los 14 años juntándose con amigos que "fumaban" -hachís-. Se pinchaba cuando mayor.
- \* "Mi hijo no es drogadicto, afirma el padre". Amigos de estudio de la Universidad vinieron a informarme de que su compañero se drogaba. ¿Qué se podría hacer por él? Otra persona muy culta vino a informarme de lo mismo. De manera muy directa puse al padre en postura prudente de observación del hijo, por si era drogadicto. La afirmación del padre fue como precede: no es drogadicto.

5.2.- Compra venta de drogas y costes.

- \* La venta de drogas se realiza en puestos de venta reconocidos por todos, lo que facilita las recaídas de los que están en tratamiento. La represión policial-judicial de las drogas duras no se lleva a efecto eficazmente.
- \* Yo, padre, sé de varios centros: kioscos, casas

particulares y en distintos sitios donde se vende la heroína. Personalmente la he comprado para evitar a mi hijo el síndrome de abstinencia, pues estos sufrimientos repercuten de manera especial en la madre.

\* La policía sabe, mejor que nosotros, los sitios de venta de drogas. La policía está amparando la venta. No sabemos hasta dónde puede llegar este gran negocio y la mafia extendida por todo nuestro Barrio de Pescadería y por toda Almería.

\* Compra y consume drogas. Especialmente heroína.

\* Compra de todas: pastillas, hachís,... especialmente la heroína. Las venden hasta por las calles a los drogadictos conocidos.

### 5.3.- Algunos efectos producidos por la toxicomanía.

\* Ruina de su voluntad. Sangría económica para la familia. Nuestro hijo ha estado internado en los siguientes centros:

- . "El Patriarca": a) Barcelona; b) Francia; c) Bélgica.
- . "El Arco Iris". Córdoba.
- . "Nuevo Rumbo". En los Atochares (Níjar-Almería).

Se ha escapado de todos. Se encuentra en casa pendiente de ser ingresado en algún otro centro. En casa no puede permanecer. Robos. Sufrimiento de los miembros de la familia. La madre se pone a morir cuando al hijo le dan los síntomas agudos de abstinencia.

\* Prefiero morirme antes que ver sufrir a mi hijo con las angustias que le produce "el mono". He gastado miles y miles de duros internándolo en cuatro Centros. Espero poder reintegrarlo en uno de ellos. El tabaco me mata, pero no puedo dejar de fumar continuamente.

\* Ha llegado el hijo en su enfermedad a situaciones tan lamentables que ha hecho enfermar a toda la familia. En casa lo ha robado y vendido todo. Hasta los vestidos mejores de su propia madre. Hasta el gabinete de su boda y la cuna de su hijo.

\* Terrible sufrimiento para los padres, con una sobrecarga para la madre. Sentirse deshonrados por el fracaso vergonzoso de sus hijos, mayor aún cuando se trata

de una hija. Desavenencias entre los padres, saliendo malparada la madre.

\* Estaba muy bien colocado por su cuñado en el Bar, y le echaron, por no servir. Ya estaba entonces en relación con las "malas amistades".

\* Ninguno/a de los amigos de su grupo es drogadicto/a. El fue separándose del grupo-amistad. Ahora manifiesta sintomatología esquizofrénica, según diagnóstico psiquiátrico comunicado al padre. El resto de sus hermanos son modelos en sus estudios y comportamientos. Nota: reconozco yo, entrevistador: difícil es de aceptar esta verdad tan amarga.

#### 5.4.- Algunos factores posiblemente influyentes y/o conducentes a la toxicomanía.

\* La organización de la venta. El terror de los grupos de ventas acosando al drogodependiente y a la familia. Hay padres sometidos al chantaje, sin protección.

\* Se casó a los 16 años con una jovencita del Levante español, donde la conoció, con la misma edad que él. Tienen una hija. Están separados. Ella en Valencia y él aquí. Le manda dinero para que se drogue a ver si consigue llevárselo con ella. Se unió a otra mujer aquí y tienen descendencia. Esta es buena muchacha. No así su familia. Ella vende baratijas y está con sus padres. No es posible que vivan juntos por la situación de drogadicción de él. "El hijo nos ha llevado a la ruina, hasta tener que vender el buen negocio que teníamos para poder vivir desahogadamente, a fin de pagar los cuantiosos gastos invertidos en la búsqueda de la salud del hijo. Fracaso matrimonial y de tumbo en tumbo".

\* Padres buenísimos, pecando en exceso de bondades para con sus dos únicas hijas. La madre ocultaba al padre, "para que no sufriese", lo que le pasaba a la hija. Como hombre de la mar sabía que los hijos, particularmente las hijas, son cosa de la madre. Lo suyo es la mar para pescar, el bar, el juego con los amigos en tierra... no los hijos. "Mi esposa es la que más sabe de nuestra hija, drogadicta, ladrona, presa".

\* El hijo padecía alergia, lo que le libró de la mili. El padre es alcohólico. Cuando ha sido éste científicamente tratado y desintoxicado funciona bien. Pero en su estado de anormalidad se hace inaguantable para su esposa

y para los hijos. Tiene pocas temporadas de normalidad. También ha sido ludópata de juegos de azar. Vende iguales y gana buen sueldo. Es ajeno totalmente a los problemas familiares. En mi presencia, como entrevistador, se dijeron, los padres, en presencia de sus hijos de todas las edades, desde ocho años para arriba, estas palabras: "Ella: el padre tiene la culpa; borracho; jugador; no me da apenas dinero. Gana mucho pero para él sólo. El: ve, nosotros tenemos la culpa de lo de nuestro hijo drogadicto. no tiene cultura. Yo estuve en la escuela hasta los 14 años. Ella: tengo más cabeza y conocimiento que tú, aunque no sepa leer ni escribir. No vas a ver al hijo a la cárcel". Así, en presencia de los hijos. La conclusión fue: "él no sabe prácticamente nada de sus hijos". Termina reconociéndolo: "ella, ella es la que sabe de ellos".

#### 5.5.- La cárcel.

\* Es tan listo que nunca le han metido en la cárcel, aunque ha hecho muchos robos, pero con una gran inteligencia que ha tenido y conserva.

\* Incontables detenciones por la policía. Lleva varios años en la cárcel. Es muy querida, según dice mi mujer que es quien va a verla, por las compañeras de la prisión de "El Acebuche".

\* Los drogadictos que cometen robos -como nuestro hijo- deberían pasar su condena en un Centro Interno de Desintoxicación, en vez de estar en la cárcel.

\* Está mi hijo en la cárcel por robo de un coche. No voy a verlo a la cárcel; como si no existiera para mí tal hijo. Estoy muy dolido. Nunca me ha hecho caso.

#### 5.6.- El desenganche: sugerencias, esperanzas, desesperanzas.

\* He intentado solucionar el problema de mi hijo mediante el diálogo en tres ocasiones, a lo largo de ocho meses. He llegado a la conclusión de que es imposible. Así lo ha reconocido él. Aceptó internarse en un Centro de Cataluña, lejos del ambiente habitual, que es lo que él mismo decía. El Monitor me comunica, tras tres semanas de internamiento, que va bien sin grandes problemas. Mi situación ha tenido fases de auténtica desesperación. Mis creencias religiosas son las que me han ayudado más y mejor a

aceptar mi situación.

- \* Sugiero la solución: Centros de Tratamiento: cerrados, obligatorios, gratuitos.

- \* Campañas de prevención y tratamiento en los comienzos del consumo de droga.

- \* No se ve el desenganche definitivo. En el Centro en que teníamos más confianza de curación, que era "Narconon" (Iglesia de Cienciología y Dianética) en Castellón y en Motril, nos han sacado millones y está como estaba o peor, por su total adicción a la heroína. Estuvo interno también en Nuevo Rumbo, -Granja de los Atochares-, Campos de Níjar, Almería. Se escapó. Lo hemos hecho todo. No tiene voluntad si no es para buscar hábilmente los medios para drogarse.

- \* No tengo esperanza de que mi hija se cure. Lo mejor es que esté en la cárcel como está. En la cárcel deberá ser tratada y curada. En la calle es imposible. Llevo a mi mujer a visitarla a "El Acebuche" en el coche para que la visite. Yo no quiero verla. No la visitaré presa. Si sale de la cárcel volverá a las mismas.

#### B.- MADRES

##### 5.1.- Iniciación: edad, drogas iniciáticas y principales drogas consumidas.

- \* Hijo, 17 años, estudiante de BUP. El más pequeño de tres hermanos y el que ha disfrutado de mayor bienestar social. Síndromes: porros... heroína.

- \* Hijo drogadicto: 23 años de edad, familia acomodada, establecido en su comercio para preparar su matrimonio con independencia económica.

- \* Hijo casado y con un hijo. Consumidor de heroína y todas las demás drogas.

- \* Hijo de padres separados. El, alcohólico. El abuelo paterno también alcohólico. Comenzó a drogarse estando interno en el Colegio "Escuela Hogar Madre de la Luz". Centro de internado para los niños que no tienen posibilidad de ser escolarizados de otro modo. Empezó fumando "porros". Especialmente consume Rohipnol con alcohol.

\* Hijo. A los 13 años delinquiró con una pandilla de amigos. Fue detenido.

\* Nuestro hijo lleva ya cuatro meses sin pincharse. Empezó de crío.

\* Hijo drogadicto. Hacía tales locuras que hubo que ingresarlo en el Sanatorio Psiquiátrico de Almería.

\* Hijo drogadicto. Empezó de crío con "porros". Ahora tiene 24 años. Se pinchaba en su habitación. No era posible vivir sin pincharse dos veces al día para inyectarse la heroína.

\* Hijo drogadicto. Empezó mi niño a los ocho años". La monja que le preparaba a la Primera Comunión la había encontrado en un bolsillo "porro", "grifa". Ahora consume toda clase de drogas pinchándose.

\* Hija, 18 años. Heroinómana. Dejó el colegio en 6º de E.G.B. Montó en moto sin saber conducir y sufrió un accidente de cierta gravedad, a los 12 años. Ha hecho muchos robos.

\* Hijo, 19 años. Heroinómano. Preso condenado a 5 años. Pendientes otras causas.

\* Hijo heroinómano, 20 años de edad.

\* Hijo enganchado. Edad 21 años.

\* Hijo drogadicto. Debe drogarse con toda clase de drogas. Ahora está internado en Nuevo Rumbo (Los Atochares). Tiene novia -que no es drogadicta- y va conmigo a visitarle los fines de semana.

\* Mis dos hijos empezaron a drogarse: el niño a los 15, la hija a los 18. Empezaron con "porros", siguieron con porros y pastillas con alcohol, y terminaron con pinchazos, picándose, como dicen ellos.

\* Hija toxicómana, casada a los 14 años. Madre de un niño de 8 años, separada del esposo, presa varias veces, actualmente cumpliendo condena en El Acebuche. Líder entre las compañeras de prisión. Ha hecho de todo para conseguir drogarse. A mí, su madre, me ha sacado cuanto he podido darle para no verla morir por "el mono". Otra hija, casada también, a los 15 años, cuyo esposo es drogadicto, y se gasta cuanto gana para consumir la droga. No tenemos más hijos que ellas dos.

\* Hijo preso. Empezó a drogarse a los 13 años con los grupos de drogadictos del puerto pesquero. Drogas

consumidas, todas. Cuando no tiene las que más placer le dan toma las que sea. Hasta las fabrica en casa. Toma muchas pastillas.

\* Hijo. Tiene 26 años. Heroínómano. En libertad, pendiente de juicio, y posible alta condena.

\* Hijo, drogadicto, casado. Drogas consumidas, todas.

\* Hijo drogadicto. tiene 16 años. empezó a eso de los 15 a drogarse con el "chocolate" al juntarse con otros compañeros que ya eran drogodependientes.

## 5.2.- Compraventa de drogas y costes.

\* En varios sitios, con facilidad. Engañando a sus padres y familiares a quienes sacaba dinero.

\* Arruinó el negocio comercial empeñándose por el consumo de heroína. Los costes totales son difíciles de cuantificar. Tuvo que intervenir la justicia para acreditar jurídicamente la quiebra de su comercio. Los traficantes de drogas venían a cobrar con cheques auténticos, firmados por el hijo drogadicto, a cobrar deudas. Los padres exigían facturas por triplicado para presentar una de ellas al Sr. Juez lo cual no podían cumplimentar.

\* También a los Campos de Níjar llegan los "camellos" vendedores".

\* En el Barrio de las Quinientas viviendas se venden drogas de todas clases y por todos los sitios.

\* Debe dinero a la droga. Cobra del desempleo 48.000 ptas. mensuales y con ellas paga a los de la droga. Pero siempre debe. Siempre estará en deuda.

\* Sé de 18 sitios de venta cerca de mi casa en mi Barrio de La Chanca. El precio depende de la calidad. Es más cara o barata según sea el que la vende, que es el que te da más o menos confianza.

\* Para comprar la droga vendió la moto, que había sido para él lo más importante. Sacó del Banco, -cuando estaba colocado en una tienda,- 60.000 ptas.

\* El hijo me dice: "los guardias me ven comprar la droga y no me dicen nada".

\* Consigue las drogas con gran facilidad. Yo sé que es coordinador de zona de La Chanca, al menos de dos jovencitos camellitos y de un camello adulto.

\* Padre camello. Los dos hijos mayores camellos, drogadictos y delincuentes.

\* En el barrio de Pescadería, donde vivimos, se compra con toda facilidad. Los camellos y camellas, como las casas de venta son conocidos por todos.

### 5.3.- Algunos efectos producidos por la toxicomanía.

\* Suicidio frustrado. Tomó tal cantidad de barbitúricos hipnóticos, que estuvo tres días en coma y en la UVI. Los efectos sobre los padres son imponderables. Los médicos dieron dudosas esperanzas de recuperación.

\* La heroína ha sido para nuestro hijo, según lo afirma él "lo mejor y lo peor".

\* El "mono". Cuando tiene que pasarlo nuestro hijo no se le puede controlar dentro de la propia casa. Sudores terribles, fuertes gritos,... Grandes robos en el negocio familiar y fuera de la casa, cuantiosos gastos en tratamientos sin internar y en centros internado.

\* Ha tenido que ser internado en el Sanatorio Psiquiátrico por dos veces. Sale un poco mejor, o bien, o casi bien. Vuelve a recaer. Amenazó de muerte a su madre con un puñal en la mano, que ella contuvo. Amenazó con matar a su única hermana, tumbándola sobre una bombona de butano con un puñal en la mano.

\* La psicosis. Internado en el Psiquiátrico-prisión de Alicante.

\* Al hijo no se le puede ni nombrar el Psiquiátrico porque tiene mal recuerdo y, si se le nombra, se enfurece. Los padres viven muy cerca del Centro "Nuevo Rumbo", Los Atochares (Campos de Níjar). Es tal la presión social rural, temor al qué dirán, que es imposible internar en la Granja de dicho centro al toxicómano "por el qué dirán los vecinos y conocidos". El muchacho pidió a su Cura Párroco una Historia de Jesucristo para leer su pasión y muerte. La entrevista hubo de ser realizada en casa de uno de sus abuelos, sin que el abuelo supiese de qué se trataba. ¡Sigilo!



\* Nuestro hijo se fue con una muchacha que se ha ido a la prostitución.

\* El padre, -al estilo normal de los pescadores-, tiene el criterio de que lo que le pasa al hijo es "cosa de la madre". Lo del padre es trabajar para la casa y basta. "Me siento muy sola y angustiada en la lucha".

\* Tiene su habitación. Está mucho tiempo en ella a solas. No ha tenido novia.

\* Ha hecho robos en cantidad desde los ocho años que empezó a robar. Roba en casa todo lo que pilla. Me ha hecho la vida imposible a mí que soy su madre. Mi marido me abandonó. "El hijo ha llegado a desnudarme y sacarme mil ptas que me habían dado para dar de comer a los tres pequeños, y que tenía escondidas dentro de la entrepierna". Así de loco por la droga. Mi hija, su hermana mayor, ha llamado a la policía porque me maltrataba su hermano. Cuando vino la policía ya se había escapado. Muchas noches no viene a casa a dormir. No se presentó a la Caja de Reclutas para sus deberes militares, aconsejándole D. Marino que se presentase que no tendría que hacer el Servicio Militar por ser enfermo drogadicto. No se quiso presentar. vino la Guardia Civil y se lo llevó preso al calabozo militar, con las manos atadas. A los 12 días lo mandaron por inútil a casa. Sigue atormentándome.

\* Los drogadictos se hacen inmorales.

\* Perder la colocación que tenía en una tienda.

\* Abandonar la colocación tras un día de trabajo, sin volver a casa. El padre le consiguió, -por su gran influencia-, un puesto muy solicitado. La empresa comunicó al padre que solamente había asistido una jornada de trabajo. Se fue y estuvo varios días sin volver a casa.

\* Los dos hermanos, de 15 años él, de 18 ella, delincuentes ambos y delinquiendo varias veces unidos. Detenidos juntos, al menos dos veces. El chico ha estado varias veces en el Centro Jesús Redentor, de Reforma, y últimamente ambos en la cárcel.

\* Hija drogadicta: "Madre, dame dinero para la droga; vete, vete corriendo a buscar la droga que me da "el mono". "Madre, te vas a condenar; -la madre es muy religiosa y analfabeta- por no darme la droga, viendo que me niego". "Dame dinero para la droga o te mato. ¡Perdóname, madre, pero te quiero y si no me das la droga te mato!".

\* Desavenencias graves entre la esposa y el marido a causa de hijo e hija drogadictos. Ella se entrega

más y más a los hijos cuanto más la necesitan. El padre no quiere saber nada de ellos. La motivación que da el padre es porque han deshonrado a la familia.

\* Nuestro hijo roba todo lo que puede y se droga con lo que pillá. Le engaña a su madre. Le dice barbaridades. No la respeta y, hasta ha llegado a pegarla y amenazarlos a los dos. Tuvimos que comprar lejos de Almería una casilla para nosotros y dejarlo solo en la casita-chabola donde vivíamos.

\* La incomunicación. "Por más que trato de que se comunique con nosotros no lo hace. Corta el diálogo, manda callar, hace funcionar la televisión. Sí dialoga con los compañeros de la droga.

\* A los dos años de casado y con un hijo, se entregó perdidamente a la droga. La esposa tuvo que irse a Barcelona con el niño para buscarse el medio de vida, ya que era imposible estar a su lado. La droga le tenía trastornado. El se unió a una drogadicta. Tuvieron una niña, que tiene cuatro años. La madre ha muerto fulminantemente por un virus adquirido por vía intravenosa. La caja de la difunta fue precintada por el peligro de contagio. El esposo estuvo gravísimo por un pinchazo en la vena para inyectarse droga.

\* "Venía a casa con los ojos colorados el pobre hijo, y comía, sin parar, muchísimo. Como un loco. Estaba muchísimo tiempo acostado en la cama. Se pasaba, a veces, todo el día durmiendo como un muerto.

#### 5.4.- Algunos factores posiblemente influyentes y/o conducentes a la drogodependencia.

\* La pandilla de amigos drogadictos.

\* Declara una hija no drogadicta, hermana del drogadicto: "Mi padre, nuestro padre ha sido siempre exigente a altísimo nivel de perfeccionismo".

\* La madre está apocada y avergonzada. No levanta cabeza.

\* Padre pescador totalmente inhibido de lo que pasa con su hija drogadicta.

\* El marido -tercero de sus parejas- abandonó la familia dejándola tres niños pequeños, a los que hubo que internar en un Colegio de Granada, lejos del "hermanastro"

drogadicto que hacía la vida imposible a la madre, a la que robaba lo que para los pequeños le daban.

\* Abandono de los estudios en la E.G.B., especialmente en 6º curso.

\* Familia anormal según los cánones del barrio. El drogadicto tiene un hermano y ocho "hermanastros", estos ocho de la misma madre y de otros dos padres distintos al suyo, que falleció en Madrid, cuando él tenía cuatro años. Solamente él vive con la madre. Mejor, tiene el mismo domicilio que la madre.

\* Madre casada a la fuerza. Padre que intentó violar a una hija de 13 años. La niña se escapó por la ventana. Preso. Al juzgarlo, dadas las presiones familiares por parte de él, la esposa le perdonó. No ha vuelto a saber de él desde que salió de la cárcel. El era rico en tierras y ella pobre, por eso los padres de ella la casaron con él. Vendió las tierras, lo gastó todo, tuvieron nueve hijos. Le dominaba el alcohol y se enfurecía como un loco.

\* El padre nos abandonó cuando el niño tenía siete meses. No ha vuelto. Está más que sobreprotegido el niño por la abuelita, que cobra por viudedad y jubilación casi las 50.000 ptas. Yo trabajo en una casa y gano 21.- 000 ptas., tengo Seguros Sociales.

\* Tiene distintas personalidades. es muy emotivo y compasivo. No tiene amigos ni amigas. Sí tiene un "amigo" de 15 años, éste cargado de problemas. Está muy metido en los problemas de esa familia. El jovencito fue internado en el Colegio "Jesús Redentor" de reforma.

\* El padre traficante utilizando los dos hijos, hembra y varón, como camellos. Ha estado tres veces preso por: tráfico de drogas; presunto incendiario de la casa donde se encontraban viviendo los suegros y estaban durmiendo sus dos hijos mayores, de 15 y 18 años, falleciendo quemada la abuela materna, en el intento de salvar a los nietos; preso por bigamo, en tercera vez. La madre tiene a su cargo a los dos pequeñitos, y la atención de sus dos hijos mayores.

\* Casadas al cumplir los 14 y 15 años, las dos hermanas, por haber quedado embarazadas y había que "honrarlas" y ponerlas en "gracia de Dios". Una, drogadicta cualificada entre los drogadictos; de la otra, el drogadicto es el esposo.

\* Padre alcohólico. Desde que el hijo tenía trece años se peleaban padre e hijo en el establecimiento de bebidas del padre. La madre neurotizada y operada del vien-

tre varias veces; carga de hijos pequeños. La madre cree que los malos ejemplos del padre son la culpa de que el hijo sea drogadicto y delincuente. El padre intentó suicidarse tomando un vaso de "lejía friega suelos". Ha estado internado en el Psiquiátrico para desintoxicarse de la alcoholemia. El padre y el hijo se odian a muerte entre ambos. La madre se siente desgarrada por esas actitudes, inclinándose contra el padre, en todo momento, ante sus hijos pequeños.

\* Dejó los estudios en 6º de E.G.B. Luego, tras unos meses se matriculó en la Escuela Náutico Pesquera, F.P.. A los dos meses abandonó los estudios. Después de iniciarse con los amigos en el "porro", cayó en las manos de X.A.S., y éste le metió -como a muchos otros- en la heroína, pinchándose. El niño había contraído antes hepatitis B, de pasarse el "porro" unos a otros. Al principio le regalaban la heroína. Después, enganchado, tenía que consumirla y pagarla. Para ello, no se embarcaba en el barquillo de su padre, se embarcaba en las Traiñas y, cuanto ganaba, era para la droga, la heroína. El padre le trataba de una manera durísima. Le reñía muchísimo. No le hablaba sino para reñirle.

#### 5.5.- Cárcel.

\* Mi padre nunca ha ido a visitar a mi hermano a la cárcel. Y la madre del drogadicto, presente, añade: "No tiene valor para ir a verle". El padre ha fallecido de "Angor Péctoris", recientemente. Tras muchos delitos cometidos fue condenado el hijo a seis años y un día. Tuvo que ser internado en el Sanatorio Psiquiátrico y ser trasladado al Psiquiátrico-Prisión de Alicante, adonde la madre, acompañada por alguna de sus hijas, "se arrastraba para ir a ver al hijo".

\* Ha estado en la cárcel por dos veces. Tiene mucho miedo a la cárcel y a la policía.

\* Preso en la cárcel. Cumple condena de cinco años. Se cortó las venas, -parece que en la comisaría, -cuando le apresaron. el abogado que le defendió no tiene experiencia. Antes, se fue de casa con su novia M. del M. a vivir en El Puche en una casa que alquilaron. Los dos drogadictos. El se echó las culpas y a ella no la han condenado. Ha estado en Cáceres II cumpliendo la condena. Le han traído a El Acebuche de Almería para hacerle otro juicio. Fue suspendido porque mi hijo renunció al abogado y nombramos otro. Sigue en Almería preso.

\* Los dos hermanos:

a) Internado por delincuente en el Centro Jesús Redentor, de Reforma, de donde se ha escapado varias veces. Ultimamente está en la cárcel de El Acebuche.

b) Internada en la cárcel por "sirlera" y atracadora con su hermano de 16 años. Antes, detenidos juntos en el intento de robar en un Hotel de Aguadulce, donde los detuvo la Guardia Civil.

\* Voy a ver a mi hija a la cárcel siempre que hay posibilidad de visitarla. Me lleva su padre en el coche cuando está libre. El no la visita. Ha renunciado a ella. Siempre hay que llevarle algo a la presa, él no se opone. Pero la actitud del padre crea tensiones entre nosotros dos.

\* Ha estado cuatro veces en la cárcel. La primera vez que lo cogieron estuvo tres años. Atracó, con otros, a un hombre en el Parque Nicolás Salmerón. (Ver La Voz de Almería de 09.06.1979, pag.10).

\* Goza de libertad provisional. Tiene pendiente una causa grave (me dicen personas allegadas que quizá le pidan 12 años).

\* Está en la cárcel por haber robado un coche y haberse caído con él por un barranco. También por faltar a la policía. Antes había sido detenido ya tres veces, por ser "tironero" para costearse la droga.

#### 5.6.- El desenganche: sugerencias, esperanzas y desesperanzas.

\* Que las drogas no se vendan. Castigar con toda la dureza a los traficantes y a los que las fabrican; esto para todo tipo de drogas.

\* Prevención: nuestro hijo estuvo tres meses sometido a tratamiento en ambulatorio. Actualmente internado por su propia voluntad fuera de Almería.

\* Mandarlo a un pueblo de sierra, a una casa particular, pagando. Internado en los centros de Torremolinos (protestantes); Lérida; Nuevo Rumbo (Almería). Contra esperanza: temor a que recaiga.

\* Ninguna esperanza de recuperación de esa cabeza destrozada.

\* Siempre pensamos con miedo en la posibilidad de una nueva recaída. En los cuatro meses que lleva sin "pincharse", solamente ha recaído una vez.

\* Estuvo en el Centro Provincial de Drogodependencias. Le pusieron un tratamiento de desintoxicación. No es capaz de seguir el tratamiento estando en casa. Dice que quiere internarse en un Centro. Ahora mismo está menos enganchado que antes. ¡Esperemos!.

\* Está muy enganchado en el "pincho" y no quiere dejarlo. Ha empezado a desintoxicarse y lo ha dejado. No es posible otra cosa que llamar a la policía para asustarlo y atemorizarlo, a fin de un mejor comportamiento con su madre con la que vive. Robando todo lo de la casa y dinero a mí misma.

\* Mi hija ya no tiene solución. Se me muere. Está en cama y no tiene ganas de nada; Nota: me presenté en su casita-chabola y sentado en su cama la entrevisté de una manera distendida, tras procurar despertarla de la ensoñación asténica, con espacios breves de silencio, durante más de dos horas. Convencerla que aceptase comenzar, por tercera vez, la desintoxicación sin salir de su propia casa, y, a continuación, internarla para su tratamiento en el mejor centro de Andalucía "Proyecto Hombre" de Málaga. Lo aceptó. Se realizó, tras más de año y medio de estancia en Málaga, está rehabilitada. Hubo que montar un servicio de vigilancia, a fin de que no saliese ni de día ni de noche de su casa, hasta terminar el tratamiento de desintoxicación, condición "sine qua non" para poderla internar en "Proyecto Hombre". hubo que movilizar: Instituto Social de la Marina, su padre es pescador; Cáritas Parroquial, Cáritas Diocesana, y personas para vigilarla y acompañarla para ser internada.

\* Ha estado en el Centro Provincial de Drogodependencias donde lo han atendido varios días. Cree que eso no le sirve para nada y se ha retirado. Dice que quiere ingresar ahora mismo en el Centro de Motril, porque ha estado allí un amigo y se ha curado. Nota: este centro, digo yo, el entrevistador, pertenece a la Secta "Narconon", Iglesia de Cienciología y Dianética y pasó a ser ubicado en Alcalá de Guadaira.

\* No sabemos qué hacer con él. Ha sido tratado por el Psiquiatra de fama Dr. T. y por los Centros especializados C.P.D. y Nuevo Rumbo, siempre en régimen de Ambulatorio; sigue enganchado.

\* Estuvo internado en Beniganin, un pueblo de Valencia, Comunidad de El Patriarca, durante 16 meses. Vino bien, pero recayó.

\* Sin ninguna esperanza de que sus dos hijos dejen la droga y la delincuencia, y, absolutamente ninguna de que el padre se reintegre a la familia, aún cuando él lo ha pretendido reiteradas veces. Cuando lo nombra la esposa ante sus hijos y otras personas le denomina "el criminal".

\* No se me ocurre nada para remediar este mal. "Para mi hija he pedido al Señor que se la lleve en sus brazos y Allá la encontraré". No tiene solución. El sufrimiento, como madre, me ha enfermado el corazón que era lo más sano que tenía. La mujer llora y llora hasta desahogarse en mi presencia.

\* Estuvo veinte días en el Sanatorio Psiquiátrico. Se puso bien. Estuvo dos años y medio bien, aunque sin trabajar en nada. Para curarlo, dice el padre, creo que habría que llevarlo por ahí. No quiere ir. Se ha torcido ya del todo.

\* He sido fundadora y directiva de la Asociación de Padres de Drogadictos contra la droga. He trabajado mucho. Pero lo he dejado. La Asociación está muerta. La gente no responde. Nuestro hijo estuvo internado voluntariamente en una Granja de "El Patriarca", en Castilla la Vieja. Pagamos de entrada 300.000 ptas. Estuvo diez días. Llamaron para comunicarnos que nuestro hijo se había escapado, dejando ropas y D.N.I. Pedimos que nos mandasen cuanto había dejado. Reiteramos la petición. No nos han enviado nada. El fugado apareció en nuestra casa a los pocos días sin nada. No sabemos qué hacer con él. Desprestigio para el Centro "El Patriarca".

\* Todavía tengo alguna esperanza de que el hijo se convenza que debe entrar a un Centro, y no salir hasta que se cure.

\* Yo no puedo hacer nada. Lo de la separación del padre lo he confiado a un abogado. Lo del hijo no sé que es lo que puedo hacer. Pienso que no tienen ya remedio. Para el hijo, la única ayuda es la que le puedan prestar en la cárcel.

\* El niño -16 años- me decía "mami ¡Para qué me habré metido en esto!. Me dijo que por mí quería curarse. Pasos para intentar la curación: 1) Centro Provincial de Drogodependencia. No tiene internado. 2) Centro "Nuevo Rumbo". No podía ingresar, ya que estaba internado X.A.S., de 21 años, el mafioso que le metió en la heroína. Por eso Nuevo Rumbo me facilitó la plaza para internarlo en PENIEL, Asociación de Rehabilitación, Formación Social y Comunidad Terapéutica, Córdoba. Allí está. Confío que se cure. Temo la recaída a la vuelta al mismo Barrio de Pescadería, La Chanca.

# NOTAS

- (1) AIZPIRI, J. Y KALINA, E. (1987). Los padres frente a la droga. Se resume el cap.I, apartado 4: "¿Por qué se drogan nuestros hijos?" (Págs. 48-60) Ed.: Promoción Popular Cristiana (PPC) Madrid.
- (2) SEGURA, M.: "Predestinados a la droga" (1988/89). "EL DIALOGO", Rev. nº156. Págs. 3-10, Ed: Congregación Mariana. Granada.
- (3) RAZTZINGER, Cardenal. "ABC". Madrid, 31 de Marzo y 1 de Abril.
- (4) GONZALEZ ANLEO, J.: (1988) "LOS ESPAÑOLES DE HOY ANTE EL HECHO RELIGIOSO". En "VIDA NUEVA." Rev. Nº 1.658, de 5 de Noviembre, Pág. 31(2427).
- (5) "TIME", (1988) 11 de Mayo, Pág.25
- (6) "TIME", (1988) 11 de Mayo, Pág.25
- (7) GARRIDO, Vicente (1987) Delincuencia Juvenil . Ed: Alhambra, Madrid. Pag. 155.
- (8) DEMBO y Colaboradores (1985). "THE CONCEPT OF RISK IN RESEARCH INTO DE ETIOLOGY OF DRUG USE". En "JOURNAL OF DRUGS ISSUES". 14/1985.
- (9) BELDA, Rafael. Familia y Compromiso Social. (1989). En "MAS". Pág. 4. Ed. Hermandades del Trabajo. Madrid.





## VI.- EL TOXICOMANO EN ALMERIA



## VI.- EL TOXICOMANO EN ALMERIA

### 1.- Perfil del Drogadicto

#### 1.1.- Psicología del Drogadicto

#### 1.2.- Motivaciones del consumo de drogas: marco teórico

### 2.- Psicopatología, mecanismos anómalos de defensa: drogas.

### 3.- Variables referentes al sujeto toxicómano que estudiamos

#### 3.1.- Datos antropológicos generales

#### 3.2.- Consumo de drogas y motivaciones del consumo

#### 3.3.- Rehabilitación y tratamiento, experiencias y actitudes ante los mismos

#### 3.4.- Consideración social y situación: en libertad o en prisión

### 4.- Delincuencia y penalización en Almería

### 5.- Resumen de los contenidos expresados en las entrevistas individualizadas: lo que ellos dicen



## 1.- Perfil del drogadicto.

### 1.1.- Psicología del drogadicto.

Este marco teórico introductorio está tomado principalmente de Francisco Alonso-Fernández, Catedrático de la Universidad Complutense (1987). Mi trabajo personal se ha limitado a hacer una revisión amplia del mismo e intercalar en el texto las titulaciones y subtitulaciones, a fin de facilitar el análisis de contenidos, y añadir un apartado específico sobre motivaciones.(1)

#### 1.1.1.- El drogodependiente centra su mundo en la droga.

El drogadicto y el alcohólico centran su mundo en esta dependencia. Desde el punto y hora en que una persona se vuelve drogadicta, la droga se convierte en un objeto autoritario, que absorbe a la personalidad. El mundo de esa persona, su intimidad se organiza en torno a su tendencia a consumir droga y en torno a las vivencias que le proporciona la droga, que, por cierto, son generalmente efectos un poco distintos a los habituales, hasta el punto de que hay autores muy perspicaces que se basan para ver rápidamente si una persona es un mero consumidor de drogas o un drogadicto, en considerar los efectos obtenidos con la droga. Cuando los efectos que se obtienen con las drogas son los comunes, nos encontramos en el sector del consumo, pero cuando esos efectos son un tanto extraordinarios y distintos a los habituales, tomando al principio un sello placentero, lo más probable es que estos efectos placenteros, distintos a los experimentados por los consumidores comunes de drogas, sean precisamente una manifestación de la drogodependencia.

#### 1.1.2.- Efectos de la droga.

Los efectos de las drogas varían muchísimo no sólo en relación con el tipo de droga, la dosis, la vía de administración, etc., sino también a tenor de factores psicológicos, como la situación en la que uno se encuentra y la personalidad del consumidor. En su personalidad se detecta ya una cierta disposición a convertirse en drogadicto.

### 1.1.3.- Tipos de drogadictos.

Hay dos tipos de drogadictos: el tipo clásico, era una persona adulta que empezaba a inyectarse un analgésico porque se lo había indicado el médico para combatir una enfermedad y quedaba enganchado en este analgésico, apareciendo así un drogadicto monovalente, un drogadicto de una sola droga. El drogadicto moderno ofrece unas características completamente distintas a las que tenía el clásico: se trata de una persona joven, cada vez más joven, situada, por lo general, entre los doce y los dieciocho años. Su entrega a la droga se produce en grupo o con personas aproximadamente de su misma edad. Por lo general, el drogadicto de hoy no se mantiene fiel a una droga, sino que tiene necesidad de combinar varias drogas y de ir haciendo lo que se llama la escalada, que es recurrir a drogas cada vez más fuertes: es un drogadicto polivalente, un drogadicto de varias drogas. El drogadicto de hoy tiene unas características completamente contrapuestas al drogadicto clásico, al ser drogadicto juvenil, grupal y afecto a varias drogas.

### 1.1.4.- Juventud drogadicta actual.

Siempre ha habido drogadictos. ¿Pero cómo es que ahora los drogadictos se acumulan en la etapa de la juventud, en lo que pudiera parecer la época más feliz de la vida, lo que llamaba Goethe "la época de la embriaguez de felicidad, de dicha?". Esto nos remite a lo que es el adolescente. Digamos que ha cambiado el estilo del drogadicto moderno, que ha empezado con la corriente hippy, hace aproximadamente veinticinco años, en la Costa del Pacífico de los Estados Unidos, sobre todo en San Francisco como un movimiento de protesta, una mezcla de protesta y de evasión, con una ideología completamente contrapuesta a la ideología de los padres y por eso se trataba entonces de consumir drogas marginadas, sustancias prohibidas que no se debían mezclar con el alcohol. Todo esto ha cambiado. El movimiento hippy que tanto prometía, se ha extinguido y ha dejado unos residuos muy pobres. Lo esencial de sus promesas se ha volatilizado. Ha dejado también la tendencia de muchos jóvenes a consumir drogas, pero ya sin estar adscritos a la ideología contracultural que tenían los hippies. Se ha producido por lo tanto aquí una verdadera transformación. Y no vamos a hablar de los drogadictos modernos, sino de los drogadictos actuales que son distintos de los drogadictos de hace diez, quince o veinte años.

- \* Hoy se ha convertido el consumo de sustancias clandestinas en una especie de rito iniciático-masculino, con una voluntad de riesgo, sabiendo que con el consumo de drogas uno arriesga mucho, para afirmar su personalidad ante los demás y ante sí mismo. El chico siente la necesidad de consumir drogas como un desafío. Esto constituye más o menos lo que hacían los adolescentes masculinos unas décadas atrás con el consumo de tabaco o de cerveza. Existe también una convicción de que con las drogas pueden ser más felices. Desde su punto de vista, las sustancias químicas son la máxima aportación hecha por la tecnología moderna para hacer la vida más agradable.
- \* Las chicas llegan más tarde a las drogas, y por lo general de la mano de un sujeto masculino, un hermano, un novio, la pareja. Aproximadamente, hay por cada tres drogadictos masculinos, una chica drogadicta.

#### 1.1.5.- Personalidad y crisis de la adolescencia.

Resulta de difícil comprensión lo que es la personalidad del drogadicto, sin comprender la crisis de la adolescencia. Realmente, la base fundamental que hace que esta gran masa de jóvenes se lance al uso y al abuso de las drogas, está en la crisis de la adolescencia.

- \* Dentro de estos sujetos adolescentes, los más predispuestos a convertirse en drogadictos son los que sufren problemas importantes de salud mental o que tienen alguna estructura psicopatológica.
- Hay una cierta afinidad entre el tipo de trastorno psíquico que tiene el sujeto y el tipo de droga que consume.
- \* Esta explicación psicopatológica es válida aproximadamente para un 10 ó 20 por 100, pero queda un 80 o un 90 por 100 que cuando se hacen drogadictos no tenían ninguna estructura psicopatológica.



- \* Trazar a la edad de la adolescencia y de la juventud de hoy, una frontera entre lo que es normal y lo que es anormal, entre lo que es sano y lo que es patológico, se ha vuelto una tarea difícilísima, algunas veces imposible. Hay incluso autores que dicen que hoy todos los jóvenes pasan por una etapa psicótica. La hija de Sigmund Freud, Ana Freud, decía que ella consideraba como anormales y enfermos a todos los adolescentes y jóvenes que fuesen considerados como normales y sanos por los adultos de su entorno.

#### 1.1.6.- Cambio social acelerado.

- \* En las sociedades elementales y poco diferenciadas, la crisis de la adolescencia suele ser muy leve. Estas sociedades disponen de ritos iniciáticos que todavía la compensan más; unas veces la compensan con el apoyo proporcionado a los adolescentes, y otras veces realmente la sofocan y tratan de ignorarla. Lo que trato de afirmar aquí es que el tránsito de niño a adulto, que esto es la adolescencia, es un tránsito muy difícil desde el punto de vista psicológico.
- \* En los últimos tiempos la crisis de la adolescencia en las sociedades occidentales se ha acentuado todavía más, porque estamos viviendo una época de crisis. Hoy tenemos que convivir cuatro generaciones, en el marco social de una tecnología muy aplicada y de la revolución científico-técnica-industrial, el imperio de la burocracia, la derogación de los tradicionales valores y su sustitución por ideales de consumo. Todo esto representa una crisis que llega a todas las edades. No es que la crisis de la adolescencia aisladamente se haya vuelto mucho más intensa, es que todos los seres estamos en un momento de crisis. Lo que pasa es que dentro del conjunto de crisis del ser humano, la crisis evolutiva, la crisis por excelencia, la crisis de la crisis es la crisis de la adolescencia y si el conjunto de seres humanos, incluso los adultos, han entrado en una época de transformación aguda en un momento de crisis, no tiene nada de particular que esta crisis se refleje con particular intensidad allí donde siempre se ha constituido una crisis

en la edad de la adolescencia.

- \* Existe aquí una causalidad circular: la crisis de los adultos y la de los jóvenes se acentúa recíprocamente. A la falta de comprensión de los adultos hacia los jóvenes y la aproximación hacia ellos simplemente con neutralidad emocional, con postura comprensiva y con respeto esencial y básico a sus libertades, los hijos responden con unas tendencias que activan el malestar de los adultos.

#### 1.1.7.- Manifestaciones básicas relevantes en la crisis adolescente: desfase, identidad y crisis.

Aquellos adolescentes que van a experimentar la crisis de la adolescencia con particular intensidad van a ser precisamente los más predispuestos a contraer la drogodependencia. Las manifestaciones básicas de la crisis de la adolescencia actualmente son sobre todo estas dos:

- \* En primer lugar, el desfase en la maduración de la personalidad: unos aspectos de la misma han adelantado su proceso de maduración, inteligencia, desarrollo biológico y sexualidad, en virtud de factores varios y otros aspectos de la personalidad, en particular la esfera afectivo-emocional, madura mucho más tardíamente ahora que antes. En consecuencia, si siempre la maduración ha sido un proceso un tanto asincrónico, ahora su asincronismo se ha acentuado en extremo.
- \* La crisis de identidad siempre ha existido en los adolescentes. Pero antes era una crisis mucho más ligera y banal, que se manifestaba simplemente por una temporada de apartamiento de los padres. Cuando el chico había llegado a la edad de la adolescencia, rompía aquellos ideales de fe incondicionales de los adultos, de confianza absolutamente en sus padres, viéndolos como dioses, etc., y durante cierta temporada el chico se volvía un poco raro y se apartaba de sus familiares. Pero al cabo de dos o tres años llegaba la reconciliación con los adultos. En ese momento, el adolescente tomaba

como modelo de identificación a una persona adulta, generalmente el progenitor del mismo sexo, con lo que terminaba entonces la crisis de la adolescencia mediante una reconciliación con los adultos muy profunda.

- \* Tal vez podría decirse que ahora la crisis se ha vuelto más profunda. Entre los adultos y los jóvenes se ha establecido un hiato, un gran espacio vacío. En este clima, para los jóvenes resulta muy difícil tomar como modelo de identidad a algún adulto, prolongándose la adolescencia.
- \* Estos son los dos rasgos fundamentales de la adolescencia; la crisis de identidad y el desfase en el proceso de la maduración entre las distintas tendencias de la personalidad. De aquí se desprenden otros rasgos que simplemente voy a enumerar, ya que son secundarios a estas dos características verdaderamente básicas de la personalidad del adolescente: el pasotismo o la ausencia de motivaciones y de intereses sobre todo en relación con el ambiente pragmático; el narcisismo, en forma de tendencia a cultivar la admiración y la estimación de sí mismo y por todo lo que se le parezca; la agresividad, porque si bien muchas veces se ha dicho que estamos en una época donde quizá la evolución del ser humano ha cambiado y ya hemos perdido el segundo apelativo "sapiens" y nos hemos vuelto "homo sapiens brutalis", esta construcción de la brutalidad se inicia en la adolescencia.

#### 1.1.8.- Los progresos instrumentales, la tecnoburocracia, van cambiando a la humanidad.

Los progresos instrumentales van cambiando a la humanidad y la época de la vida en donde empieza el adiestramiento de la agresividad en el ser humano es la época de la adolescencia. Según mis apreciaciones, la mímica de la risa y la sonrisa, que es la mímica que llamaríamos con arreglo a la etología, la mímica del apaciguamiento, porque tranquiliza al sujeto y a los demás, cada vez escasea más. A medida que va llegando a los países la organización tecnoburocrática, se estimulan los potenciales agresivos y se pierden estos hábitos de apaciguamiento y convivencia.

- \* Sobresale hoy en la adolescencia, el empleo del propio cuerpo de una manera distinta a como se empleaba hace cuatro o cinco décadas; cuando vemos a un chico o a una chica lanzados a actividades más o menos eróticas, su comportamiento no se puede enjuiciar con arreglo a los ideales de hace cuarenta o cincuenta años, porque generalmente estos jóvenes hacen comportamientos de este tipo movidos por el afán de buscar comunicación, amistad, amor. Utilizan el cuerpo en este sentido de una manera completamente distinta a como se utilizaba hace unas décadas.
- \* El adolescente más predispuesto a la drogodependencia es el que está más lanzado a la búsqueda de identidad y por eso no tiene nada de particular que entre estos jóvenes últimamente se haya cultivado mucho la tendencia de grabarse el cuerpo con tatuajes. El tatuaje de ser un símbolo de identidad para determinadas tribus y religiones se convirtió así en un símbolo de identidad para marginados, hasta el punto de que Lombroso decía que el tatuaje era un estigma de degenerados. Últimamente los drogadictos, incluso antes de ser drogadictos, se hacen tatuajes con alta frecuencia, cuyo sentido pudiera ser tratar de romper su vínculo de filiación con los padres y establecer una filiación unida a otras personas de la misma edad que se refleje en su cuerpo; una filiación que podríamos llamar, por tratarse de unión fraternal con otras personas de su misma edad y por tratar de exhibirla exteriormente en su cuerpo y con orgullo, filiación fraternal narcisista, meta en pos de la cual están lanzados los drogadictos actuales.
- \* Hay otros factores ambientales que hacen a la personalidad del joven especialmente predispuesta a caer o a sucumbir en la drogodependencia: los conflictos y rupturas familiares, el tipo de familia autoritaria o ácrata, la escolaridad llena de fracasos y demasiado prolongada, la falta de trabajo. Si la personalidad del ser humano siempre se acompaña, como decía Ortega y Gasset, de "sus circunstancias", en el joven la unión entre la circunstancia y la personalidad es una unión verdaderamente indisoluble.

1.1.9.- Distinción: Alcohólico, drogadicto: el alcohólico es un drogadicto del alcohol, el drogodependiente juvenil es polivalente.

Dos palabras nada más que para diferenciar la personalidad condicionada y la drogodependencia de la personalidad prealcohólica. El alcohólico es un drogadicto, un drogadicto del alcohol, pero un drogadicto que se mantiene fiel única y exclusivamente a una droga, el alcohol. En cambio el drogadicto juvenil de hoy es polivalente. Los factores de personalidad que llevan a la drogodependencia son mucho más profundos y conflictivos que los del alcohólico. El alcohólico tiene dificultades para comunicarse con los demás, para relacionarse con los otros y se siente muy solo e inseguro en la vida. Se siente como en una situación insoportable. Con el alcohol trata de afianzarse y modificar su situación. El drogadicto de varias drogas, el drogadicto que termina en la heroína es el drogadicto que busca con las drogas encontrar su identidad. El drogadicto que tiene conciencia de no tener todavía una identidad y de que su personalidad está afectada de trastornos, que tiene que remediarlos con algo y busca sus remedios en estas drogas, por la senda de un especie de medicina auténticamente salvaje, la medicina de la calle. (F. Alonso-Fernández, "Alcoholdependencia", Ediciones Pirámide, Madrid 1981).

1.1.10.- Prevención de la drogodependencia.

En la prevención de la drogodependencia se deben tener en cuenta los factores de personalidad, a la vez que se limita la disponibilidad de las drogas. A mayor disponibilidad, mayor consumo. Se hace preciso también mejorar las condiciones de vida de los jóvenes, mediante una convivencia con adultos que hayan recuperado sus papeles. Se ha vuelto muy difícil el desarrollar el papel de padre, el papel de madre. La función de padre o de madre es hoy distinta a la función que se desarrollaba y que se exigía hace treinta años. El adulto que trata de ser con sus hijos lo que su padre fue con él, está desarrollando un programa lleno de equivocaciones y torpezas. Al mismo tiempo se precisa dar a los jóvenes y a los adolescentes un papel mucho más activo en la organización de la sociedad.

## 1.2.- Motivaciones del Consumo de Drogas: marco teórico.

### 1.2.1.- La Motivación: definiciones y teorías psicológicas.

La Psicología explicaba al principio la conducta humana en función de fuerzas instintivas y heredadas pensando que estas fuerzas eran las que impulsaban a los seres humanos a comportarse como lo hacían. El campo de explicación del instinto fue tan extenso que se llegó a identificar un instinto para cada conducta diferente, y lo que explicaba todo pasó a no explicar nada. Por eso los psicólogos comenzaron a sustituir el instinto por la motivación y a explicar diferencialmente las diversas instancias motivacionales, desde la variable fisiológica u homeostática hasta la motivación específicamente humana.

Las definiciones de la motivación son muchas y muy diversas. La palabra motivación deriva del latín *motus* y designa en el lenguaje ordinario la raíz dinámica del comportamiento (Pinillos, 1975). (2) Según Young (Cofer y Appley, 1.978), (3) la motivación hace referencia a todas las condiciones que activan y regulan la conducta (humana y animal). En opinión de Nuttin (1.973), (4) la orientación activa, persistente y selectiva que caracteriza la conducta es el fenómeno motivacional básico, el que se expresa en una multiplicidad de formas, de acuerdo con el tipo de conducta y el nivel de desarrollo del organismo; esta concepción supone que la motivación es, simultáneamente, origen de actividad y dirección o, para ser más precisos, que ella explica la conducta como actividad dirigida. Para Claxton (1.978) (5), en fin, una definición normal del campo de la motivación es la del estudio de lo que se inicia, mantiene y dirige la actividad, expresando así sus tres dimensiones principales.

Todas estas definiciones resultan aceptables, pero se debe tener en cuenta que: 1) la motivación no es una variable observable sino un constructo hipotético, una inferencia que hacemos a partir de las manifestaciones de conducta, existiendo el peligro de interpretar una misma conducta subjetivamente y de forma distinta; 2) utilizamos la motivación en un sentido explicativo, y lo que hacemos en realidad es describir la conducta o inferir, a partir de ella, algún tipo de proceso interior; 3) la motivación es uno de entre muchos determinantes de la conducta, bien sean de tipo actitudinal, social, emocional o cognitivo; 4) no es un proceso unitario, ya que abarca procesos muy diversos que ninguna teoría hasta ahora ha sabido explicar.

Al analizar los componentes teóricos del fenómeno motivacional, Arnau (1974), distingue dos dimensiones

básicas: la dimensión activadora concebida como vertiente energizadora y potencializadora y la dimensión direccional, definida en función de una variable intencionista que denomina "valor esperado" en tanto que crea en el sujeto un determinado nivel de expectancia con respecto a la actividad suscitada. La motivación explica, por tanto, la puesta a punto de energía corporal y psíquica, la perseverancia, el orden y la dirección del comportamiento. (6)

El problema fundamental de la motivación consiste en saber lo que modula o dirige nuestra actividad, es decir, preguntar por qué se hace una cosa y no otra, o por qué se deja de hacer "x" para hacer "y". Son muchas las teorías que pretenden explicar este constructo psicológico y dar respuesta a las cuestiones planteadas. Cada una de ellas está asociada con experiencias y paradigmas específicos de investigación y se sienta reforzada por un cuerpo de hallazgos empíricos abundantes.

Hay que hacer, en primer lugar, de la teoría homeostática que intenta explicar la motivación como "un proceso de equilibración constancial al intercambio energético en que consiste la vida" (Pinillos, *ibid*, pag. 520), es decir, como un proceso que intenta reestablecer el equilibrio perdido en el interior de un organismo, a causa de alguna carencia, por medio de impulsos que llevan a la realización de determinadas conductas que permiten la obtención de aquello de que se carece o la eliminación de lo que estorba. El modelo que más se ajusta a esta teoría es el de la reducción del impulso, originalmente enunciado por Hull (Pinillos, *ibid*, pag. 522) y donde el refuerzo desempeña un cometido social.

Posteriormente Hull amplió su modelo incorporándole un nuevo factor, el incentivo, que abría una nueva forma de explicar la motivación: un incitador a la acción, algo que invita a ella en virtud de sus propiedades atractivas, de su valencia para el sujeto (Pinillos, *ibid*, pag. 524). La explicación por incentivos destacó que la función motivante de los estímulos excedía de su valor homeostático, lo que significa que, aparte de que el estímulo sirva para reducir un impulso y restaurar un equilibrio biológico alterado, puede ser también deseado, o evitado, por sus cualidades algedónicas. En este sentido, los organismos pueden perseguir incentivos puramente hedónicos, sin valor supervivencial o incluso nocivos para la vida.

Las investigaciones para explicar la conducta humana mediante la formulación exclusiva de hipótesis homeostáticas y de incentivo han resultado insuficientes. Esta circunstancia, unida al desarrollo de la psicología cognitiva, ha originado un creciente interés por la inclusión de hipótesis cognitivas en la investigación de la motiva-

ción. Good y Brophy (1.983), afirman que las teorías cognitivas sostienen que la forma en que una persona concibe lo que le va a suceder es un factor tan importante de su conducta futura como la realidad objetiva de lo que realmente ocurre. Se supone, pues, que los caracteres objetivos de una conducta tienen menor importancia que la manera de percibirla.(7)

Según Madsen (1.980), la hipótesis cognitiva más altamente desarrollada y más influyente está comprendida en la teoría de Tolman, el cual ha destacado la existencia de unos determinados cognoscitivos de la conducta que denominó expectativas, las cuales serían las responsables de la dirección de la conducta propositiva.(8)

De otras teorías cognitivas cabe señalar la de Festinger, la cual hace referencia a una relación no adecuada entre conocimientos y la existencia simultánea de cogniciones que no se adaptan entre sí por alguna razón, y la que Festinger denomina disonancia cognitiva. Cuando se dan estas condiciones, la persona se siente motivada a reducir o eliminar esa disonancia, es decir, la disonancia cognitiva es una situación que motiva a la acción, ocasionando un esfuerzo por parte de la persona para hacer encajar mejor de algún modo esas cogniciones. Esta reducción de la disonancia se puede realizar mediante un cambio de conducta o un cambio de actitudes.(9)

Otro bloque de teorías está representado por aquellas que destacan el papel fundamental que desempeñan las necesidades en el proceso motivacional. Así, Bochkariova señala que el proceso de formación de la personalidad y la conducta del individuo no puede entenderse si no se toma en cuenta la función que las necesidades, los motivos, las aspiraciones y los deseos cumplen en dicho proceso. Los psicólogos soviéticos remarcan el papel de las necesidades en la conducta del hombre, actuando éste impulsado por necesidades de diverso nivel, desde elementales hasta altamente morales. Los motivos de orden inferior y superior entran con frecuencia en contradicción y se produce la llamada "lucha de motivos". La lucha de los motivos se presenta porque, generalmente, ni siquiera las necesidades orgánicas más primitivas aparecen aisladas en el hombre sino en interacción con los impulsos morales, y los motivos de orden moral son capaces de determinar la conducta del individuo contra sus deseos directos.(10)

Maslow (1.975), por su parte, estableció una jerarquía de necesidades que irían desde las fisiológicas (alimento, agua, etc...) hasta las de autorrealización, pasando por las de seguridad, pertenencia, autoestima, conocimiento y valoración estética. En esta conceptualización jerárquica de las necesidades ordenadas según un



criterio de intensidad, la motivación hacia la autorrealización hace referencia a que la satisfacción de las necesidades superiores implica la satisfacción de las necesidades inferiores, ya que están ordenadas sobre la base del principio de potencia relativa. Su teoría se revela como una interpretación humanista de la motivación, admitiendo la bondad natural del hombre y sugiriendo que las conductas negativas puedan deberse a reacciones violentas debidas a la frustración de las necesidades. Su interés se centra en la necesidad de autorrealización como necesidad superior por excelencia en tanto supone el desarrollo total de las potencialidades humanas, haciendo que las personas se sientan seguras, aceptadas y capaces de desarrollar una afectividad equilibrada.(11)

Por último, para completar esta panorámica explicativa de la motivación, es necesario señalar que el actuar humano está inmerso en los asuntos del medio ambiente material y de sus relaciones sociales. Motivación indica, por tanto, según Schiefele (1.978), la dinámica interaccional de la acción humana. Los hombres nos hallamos en determinadas situaciones, es decir, en relaciones específicas con nuestro medio ambiente. Con los hombres y las cosas que nos rodean estamos en una constante relación de intercambio: conociendo, valorando, eligiendo, interpretando, actuando, etc... Por tanto, la explicación del comportamiento humano y de su motivación hay que buscarla en esta relación con el medio. Los demás y la interacción social tienen aquí su significación especial. Como dice Schiefele, hay tantos motivos de contenidos distintos como temáticamente distintas relaciones persona-medio ambiente. Así, el mismo comportamiento de uno o varios hombres en situaciones distintas y el comportamiento variable en la misma situación lo explicamos mediante la motivación.(12)

En resumen, en todos y cada uno de los momentos de la vida existen, no una, sino muchas cosas que se quieren lograr, realizar, evitar; y la fuerza o urgencia de cada una de estas necesidades varía constantemente, por lo que su prioridad cambia dentro del repertorio total. Podemos decir, por tanto, que los hombres actúan con intención, por motivos, empujados por intereses, deseos, necesidades; atraídos por algo deseado, desconocido, futuro; retraídos por algo temido, amenazador o nocivo. Si queremos preguntar por las causas, lo hacemos con la pregunta por qué, lo que explica que se está motivado por algo.

### 1.2.2.- Las motivaciones: orientación neurobiológica hacia la felicidad.

Según el neurobiólogo Rodríguez Delgado (1989), algunos autores simplifican todos los posibles factores psicológicos solamente en dos grupos: la búsqueda del placer y la evitación del dolor. En realidad la decisión cualitativa está en la interpretación individual del estímulo, más que en su calidad del potencial. Así se comprende que un masoquista goce recibiendo estímulos dolorosos, porque su interpretación sexual es de placer, y que la mayoría de las personas vayan gustosas al dentista, a pesar del posible dolor de la intervención, con la esperanza de mejorar la dentadura.

- \* "En perros se ha demostrado que la administración de un choque eléctrico doloroso en las patas, cinco segundos antes de darles alimento, motiva el aprendizaje de respuestas instrumentales. El choque tiene un significado prealimentario y los animales aprenden a apretar voluntariamente la palanca que inicia el estímulo eléctrico, moviendo alegremente la cola y relamiéndose en espera del alimento sin que les importe el dolor.

Los experimentos demuestran que se pueden reinterpretar las sensaciones teniendo en cuenta su significado presente y futuro, de acuerdo con las experiencias del sujeto, con su estado emocional y con su esfuerzo de voluntad.

El conocimiento de estos hechos tiene gran importancia porque permite desautomatizar muchas reacciones emocionales, y controlarlas inteligentemente dirigiendo las respuestas conductuales hacia resultados beneficiosos.

Todos estos comentarios parecen estar en favor de actitudes calculadoras y egoístas, pero no es así, ya que el fin propuesto puede ser completamente generoso, incluyendo el sacrificio de la propia vida. Lo que se rechaza es el automatismo emocional que puede carecer de inteligencia y de ética social.

Una característica de los seres humanos, no compartida con la mayoría de los animales es la de que sus respuestas conductuales pueden ser movidas por respuestas altruistas. Las injusticias sociales, la falsedad de algunas ideologías, así como la frecuente falta de ética en las relaciones internacionales provocan, a

veces, rechazos apoyando movimientos contestatarios y posturas revolucionarias en contra de un orden legal injusto.

- Tres grupos de motivaciones:

- a) La postura egocéntrica de buscar el placer y evitar el dolor, considerando la felicidad personal como el objetivo principal, procurando reinterpretar los estímulos sensoriales de modo placentero, con interés disminuido hacia problemas locales o internacionales, y orientando las actividades individuales hacia el logro de una máxima satisfacción a corto plazo, durante la duración de nuestras vidas.
- b) La postura contestataria es la de no aceptar la situación política establecida, de intentar cambiar la estructura social, de sentir la amargura de los muchos problemas humanos que parecen no tener solución, de sufrir la frustración de la impotencia personal. Como consecuencia se producen actuaciones pasionales, esporádicas, en general poco eficaces y con un fondo de insatisfacción individual y colectiva.
- c) La postura integradora trata de combinar la máxima felicidad personal con la posible actuación social. La importancia del medio ambiente y del entorno social se comprende y se valora, pero hay una adaptación a esta realidad del modo más placentero posible, y se intenta encontrar solución a los problemas existentes, aceptando el esfuerzo y el dolor necesario para lograr un mundo mejor".(13)

A pesar de su aparente diversidad, las tres posturas siguen teniendo la misma base biológica de buscar el placer y evitar el dolor. Las posturas de mayor altruismo y máxima conciencia social reinterpretan sus percepciones sensoriales encontrando placer en la generosidad hacia los demás y rechazando - por inaceptables- las actuaciones egoístas que no consideran el bien de los otros. La madre que da la vida por salvar la de su hijo lo hace con motivación emocional por su amor maternal. El sacrificio de Jesucristo para salvar a la humanidad tiene la recompensa de ideales cumplidos de un rango superior.

La amplia difusión que se está produciendo en todos los países (incluida España) de drogas ilegales en el trabajo, no significa que estén sustituyendo a otra droga mucho más antigua. El alcoholismo sigue siendo el principal problema entre la clase trabajadora.

Se ha partido de un concepto amplio de motivación: El impulso fundamental que lleva a la persona al uso y consumo de droga.

Conclusión: nuestra conducta está habitualmente motivada por la búsqueda del mayor placer, pero a veces, éste puede no ser material e inmediato, sino ideológico y diferido. Esto depende de las inculcaciones infantiles y de la educación cultural que establecen sistemas de interpretación de las percepciones sensoriales. La generosidad puede proporcionar mayores satisfacciones personales que el egoísmo, y por ello es fundamental establecer orientaciones adecuadas de aprendizaje, que favorezcan la convergencia de la felicidad individual con el mayor bien social. La responsabilidad de establecer estas motivaciones conductuales recae sobre los sistemas educativos que, en gran parte, se relacionan con la política gubernamental.

#### 1.2.3.- Las motivaciones: subgrupos para su análisis estadístico.

Tras el marco teórico sobre la motivación, trata este apartado sobre las motivaciones que llevan al consumo, y que es parte relevante de mi estudio en cada uno de los cuatro Cuestionarios, donde la cuestión se especifica en dos preguntas: "por curiosidad"(nº 19) y "por sentir sensaciones nuevas" (nº 20). Así están enunciadas en los cuestionarios correspondientes.

##### 1.2.3.1.- Introducción conceptual.

El actual consumo de drogas nos sitúa ante un fenómeno caracterizado por un marco de referencia que no sólo significa un simple aumento intensivo y extensivo del consumo de productos tóxicos, sino que la actual presión social, persistentemente ejercida sobre los individuos, conlleva una vigencia social interna dentro del sistema, que sitúa el problema de la droga en otro orden de magnitud.(14)

Refiriéndonos a España hay que distinguir el aumento de drogas legales que se produce a partir de los años sesenta, con la incorporación de determinados grupos sociales como los jóvenes y las mujeres al consumo. Este proceso de extensión en la difusión de los productos a otros grupos constituye un rasgo típico del cambio social y está en la

base de la escalada en el consumo de drogas en España. El aumento del consumo de drogas ilegales en España suele situarse más tardiamente, a mediados de los años setenta, relacionado con la transición política española y la tardía difusión de la contracultura. A principios de la década de los ochenta, España se sitúa ya con un creciente problema de consumo de drogas muy similar a los países de su entorno.(15)

Este hecho está claramente asociado a los procesos de cambio que se están dando en el seno de estas sociedades. La difusión de nuevos valores y la crisis económica pone en entredicho los tradicionales valores de la ética del trabajo sobre la que se forjó la industrialización de occidente.(16)

El punto de partida, por tanto, en el plano sociológico pone de relieve una vez más la inclusión del fenómeno de la droga en el amplio contexto de las relaciones humanas, de los valores sociales. J. Oughourlian considera la toxicomanía como "conducta de intoxicación voluntaria", lo que no supone una personalidad determinada, sino un comportamiento que puede cambiar, desaparecer, etc. evitando psiquiatrizar abusivamente e ignorar los factores sociales, o hacer del toxicómano una especie de mutante.(17)

Estos autores centran las motivaciones que llevan al consumo habitual de drogas entre los jóvenes haciendo referencia al perfil de éstos: suele ser muy joven, frecuentemente marginal, politoxicómano, casi nunca de orientación yatrogénica, insertado en un grupo muy proselitista, frecuentemente haciendo su adicción símbolo de contestación a las normas sociales establecidas, con predominio de la administración por vía intravenosa, rara vez usa la droga como remedio específico, sino más bien para obtener nuevas experiencias...(18)

Para González Duro "las motivaciones actuales por las que los jóvenes consumen actualmente drogas son poco o nada intelectualistas o literarias, sino simplemente hedonistas y escapistas: para no aburrirse, para "enrollarse bien", para sentirse mejor, para facilitar la comunicación, para ser más amable con los demás, para escuchar mejor la música, para pasar de casi todo, son motivos de una cierta juventud, vagamente disconforme, pesimista, descreída y desencantada de un mundo difícil que no comprende y que no le gusta, pero que no puede hacer nada para cambiarlo. Es una juventud que vive en una sociedad que ya no es desarrollista y que está en plena crisis económica".(19)

### 1.2.3.2.- Clasificación de las motivaciones.

En cuanto a las drogas ilegales y determinados tipos de fármacos se han recogido veinte motivaciones que corresponden a la elaboración de la siguiente clasificación motivacional:(20)

- a) Motivaciones de respuesta social: En ellas incluimos algunos aspectos que hacen referencia a la situación psicosocial del individuo y a la respuesta que frente a la misma toma la persona:

- "Estar a disgusto en una sociedad injusta".
- "Escapar a problemas personales".
- "El gusto de hacer lo prohibido".
- "Sentirme libre".
- "Encontrar un nuevo estilo de vida".
- "Pasar el rato".
- "Porque paso de todo".

Motivaciones éstas que tendrían como puntos en común un desacuerdo tácito o expreso con la situación psicosocial vivenciada por el individuo y la respuesta del mismo (activa/pasiva) en la que es mediadora la droga que le permite la realización de esa respuesta: "huir" de la situación vivida como problema, la búsqueda de la "libertad" por la transgresión, que aporta a una situación vivencial diferente, o "pasar", tomar la alternativa de la pasividad, de la negación de la acción, en una sociedad continuamente en movimiento cambiante.

Un segundo grupo. Motivaciones que estarían constituidas por aquellas que giran en torno al logro de una mejor adaptación a las normas sociales establecidas y a la consecución de respuestas adecuadas a las exigencias de las mismas:

- "Para estudiar o trabajar mejor".
- "Para facilitar el contacto social y la conversación".
- "Porque es costumbre social".
- "Por no ser tenido por raro".

Un tercer grupo dentro de las motivaciones de respuesta social lo formarían las referencias a la exclusión/inclusión al grupo de pertenencia. Entrarían por tanto a formar parte de

la relación individuo-grupo como uno de los aspectos expresados por las siguientes afirmaciones:

- "Sentirme rechazado o no aceptado por la familia".
- "Sentirme marginado o discriminado en el trabajo".
- "Por deseo de ser miembro de un grupo".

b) Motivaciones experimentales: Su punto de referencia lo situaremos en un nivel fundamentalmente individual, como expresión de una situación psicológica personal que hacen referencia a la búsqueda del placer, del hedonismo, etc. Búsqueda individualista pero generalizada socialmente como alternativa a la crisis social actual. Tres tipos de expresiones recogerían estas motivaciones:

- "Por experimentar placer, por animarse".
- "Por curiosidad".
- "Por sentir sensaciones nuevas".

c) Motivaciones sintomatológicas: En esta grupo introducimos los aspectos medicalizados aportados como razones de uso de la droga por los entrevistados. Tres síntomas se han tenido en cuenta: los que hacen referencia a los "nervios", situaciones de tensiones y stress; los referentes al insomnio y, por último, la enfermedad en el sentido del dolor.

La expresión en el cuestionario a estas manifestaciones correspondería a:

- "Para calmar los nervios".
- "Para dormir mejor".
- "Por enfermedad-dolor".

#### 1.2.4.- Consumo de drogas y motivos aducidos por los drogadictos.

Con el fin de conocer qué es lo que impulsa a los jóvenes a consumir drogas ilegales planteamos dos preguntas: la primera hacía referencia a los motivos que les

empujan a probar y la segunda sobre los motivos para seguir consumiendo.

Las cuestiones se plantearon cerradas, en abanico y con la posibilidad de dar hasta tres respuestas. Por ello, en los dos casos los porcentajes superan el 100%. Estos porcentajes se calculan sobre el total de los jóvenes que han probado o que han pasado a consumir según el caso.

#### 1.2.4.1.- Las motivaciones de la drogadicción en "Juventud vasca, 1.986".

En el estudio sobre la juventud vasca se distinguen dos tipos de motivos:(21)

##### a) - Motivos para probar:

Como se puede apreciar en la tabla VI-18, el motivo más aducido para probar es la curiosidad.

En un segundo término y con una importante diferencia con respecto a la curiosidad están: "porque está en el ambiente", por buscar nuevas formas de pasarmelo bien" y "porque me lo dio un amigo". Encontramos aquí dos tipos de motivos, uno relacionado con la propia extensión de las drogas: "me las dio un amigo" y "está en el ambiente", que señalan una cierta "moda" en la sociedad.

El otro es más hedonista "buscar nuevas formas de pasarmelo bien", al que hay que añadir una parte importante de los que han contestado otras, con ideas tales como: "porque me gusta", "me va bien"...

Finalmente, las motivaciones de corte contestatario "rechazo a la forma de vida de los mayores" y contraactual "se vive de forma distinta la vida", tienen muy poca importancia, lo mismo que las que podrían suponer un desequilibrio psicológico momentáneo: "como consecuencia de una frustración".

En la tabla VI-18 (a) (Pág. 304) también se aprecia, al compararlo con lo datos obtenidos en "Drogas y Escuela 81" y en "Drogas y Escuela 85", cómo se asemejan los resultados de las dos investigaciones, al menos en lo básico: importancia de la curiosidad seguido del ambiente y hedonismo y la poca importancia de los aspectos contestatarios, contraculturales y personales.

En la tabla VI-19 (b) (Pág. 304) hemos relacionado los motivos para iniciar con la frecuencia del consumo y



podemos señalar algunas matizaciones. Al aumentar la frecuencia del consumo, disminuye la importancia del elemento curiosidad, aún cuando sigue siendo el más señalado. También decrece, al incrementarse el consumo, el porcentaje de los que señalan el ofrecimiento de los amigos; pero de otro lado aumenta la influencia del ambiente. Crece además el motivo hedonista y contestatario.

Muy probablemente, los que se acercan a las drogas únicamente por curiosidad, satisfecha ésta por una primera ingesta, dejan de hacerlo, sin embargo, si entran en contacto con jóvenes en donde esté de moda el consumo y/o además entre ellos primen ideas "disidentes" y "empáticos" con estos grupos, los motivos podrán diversificarse y esos mismos motivos, manejados por el grupo influirán para que se siga consumiendo.

b) - Motivos para seguir consumiendo:

Al tener en cuenta los motivos que inducen a seguir consumiendo drogas (tabla VI-20) (c) (Pág. 305) podemos señalar como el más indicado el "porque me gusta", seguido del "encuentro nuevas formas de pasármelo bien", lo cual señala inequívocamente la búsqueda del placer que proporciona de inmediato y en definitiva el hedonismo. La presencia en el ambiente, la moda, también tienen una notable importancia, a tenor del volumen que representa "en mi cuadrilla todos lo hacemos", aún cuando se mantiene en un segundo término con respecto a los anteriores.

En un tercer plano se sitúan las motivaciones que podríamos llamar evasivas: "me ayuda cuando estoy mal" y contracultural "vivo la vida de forma distinta". Es posible que ambas posturas tengan una cierta relación, evadirse para poder vivir de forma diferente, sin tantos problemas. Finalmente, y con una importancia muy pequeña aparecen la postura contestataria y el "no puedo dejarlo", que es probable que señale una cierta dependencia si no física, sí psico-social.

Al comparar con los motivos que se adujeron con respecto al consumo (tabla VI-21) (d) (Pág. 305) encontramos que en las categorías de máximo consumo de heroína y cocaína cobran importancia el "me ayuda cuando estoy mal", el "vivir de forma diferente" y el "no puedo dejarlo", tendiendo a igualarse con el "pasarle bien". Aun cuando la postura más hedonista también se acrecienta, parece que un consumo elevado de las sustancias más activas presenta motivaciones más complejas, donde se conjugan factores que sobrepasan el puro hedonismo y la moda del ambiente.

Hay que señalar ese tercio de jóvenes que indican, dentro de las frecuencias más altas del consumo de heroína y/o cocaína, que no pueden dejarlo, lo cual nos acerca mucho más a esa idea de dependencia.

No tenemos que desdecirnos, tras la lectura de estos datos, de las conclusiones a las que llegábamos al comentar las mismas preguntas en "Drogas y Escuela 1.981". Decíamos entonces: "muy posiblemente si hubiéramos formulado estas preguntas hace 9 ó 10 años, o incluso menos, las respuestas encontradas hubieran sido muy diferentes. Los círculos del consumo de las drogas y más concretamente de Cannabis, estaban reducidos a ciertas élites de estudiantes y "bohemi-  
mios", para las cuales era símbolo contestatario, y el hecho de "fumarse un porro" tenía todo un significado cuasi-revolucionario.

Hoy esta mitificación de las drogas no creemos que se dé aunque sí parece que detrás de ellas sigue existiendo un halo misterioso y atrayente, mezcla de novedoso, de riesgo ante lo prohibido, y, quizá, de manifiesto de un atrevimiento adulto. A esto se une, además, el conocimiento estereotipado que circula por los canales próximos al muchacho, sobre todo del "haschisch": "droga blanda", "no crea dependencia", "la utilizan otras sociedades y no les pasa nada", "en otros países es legal"... Todo esto pertenece al marketing publicitario de un buen sistema de ventas, que viene apoyado por el no menos importante hecho de que quien ofrece el producto no es un "desconocido sospechoso", sino un compañero o un amigo.

"Menos porras y más porros" gritaba un graffiti anónimo que tenemos como ejemplo del contenido simbólico, que, para los muchachos imbuidos en ideologías contraculturales, tenían algunas drogas. En muchos casos, el idealismo de los jóvenes los ha acercado a ciertos productos. Gran parte de ellos, sintieron la necesidad de rebelarse contra "lo establecido", que se opone, según ellos, a la libertad, la justicia e incluso la felicidad, y, ante la imposibilidad de transformarlo todo rápidamente, se sujetan a todos los símbolos sin que puedan suponer el ir contra corriente. Las drogas formaron parte de esa bandera y así se fueron extendiendo hacia todos los miembros de una variopinta oposición, y, al ir expandiéndose perdieron su antigua consistencia ideológica. Pero no se vaciaron únicamente sino que, por otra parte, son inyectadas de otros pseudovalores artificiales, creados durante la órbita del consumo y ocio específico para jóvenes. Esta ocupación del ocio tiene ahora un sentido práctico. No olvidemos que se consumen porque producen placer". (22)

a) TABLA VI-18. Motivos para probar la droga.

INVESTIGACIONES AÑOS	DE 81	%	DE 85	%	EUSK. 86	%
Me dio un amigo .....	366	36,27	388	44,8	267	26,3
Por curiosidad .....	784	77,70	711	82,1	803	79,0
Por buscar nuevas formas de pasármelo bien .....	210	21,81	251	28,98	243	23,9
Porque me dijeron que se vive de forma distinta la vida.....	32	3,17	16	1,85	27	2,7
Porque está en el ambiente.....	156	15,46	219	25,29	274	27,0
Como consecuencia de una frustración (desengaño.....)	54	5,35	43	4,96	37	3,6
Como rechazo a la forma de vida de los mayores.....	38	3,76	32	3,69	45	4,4
Otras razones.....	87	8,64	100	11,55	70	6,9
	N1	N2	N1	N2	N1	N2
	1.727	1.009	1.760	866	1.766	1.016

N1 = Número de respuestas dadas

N2 = Número de personas que podían responder

En DE 81 = 1,71; En DE 85 = 2,03; En EUSK. 86 = 1,74

Fuente: "Juventud Vasca" (1986)

b) TABLA VI-19. Motivos para probar según frecuencia de consumo.

TOTAL		PORRO				HEROIN COCA			
		NUNCA N.C.	PRO-BAR	+ 2 VECES AÑO	FRE-CUENTE	NUNCA N.C.	PROBAR	+2 VECES AÑO	FRE-CUENTE
TOTAL	2.030	1.018	458	226	328	1.980	82	61	23
TOTAL (probar)	1.016	4	458	226	328	966	82	61	23
Me la dio un amigo...	26,3	0,0	33,6	27,0	15,9	27,4	15,9	13,1	0,0
Por curiosidad.....	79,0	25,0	88,6	80,1	65,5	79,7	79,3	72,1	43,5
Nuevas formas.....	23,9	0,0	12,2	26,1	38,7	22,9	48,8	44,3	39,1
Vive distinto.....	2,7	0,0	2,8	2,2	3,0	2,5	0,0	1,6	17,4
Está en el ambiente...	27,0	25,0	17,2	31,9	36,9	26,2	30,5	36,1	30,4
Por frustración.....	3,6	0,0	2,6	2,7	5,8	3,3	7,3	9,8	8,7
Rechazo forma de vida	4,4	0,0	1,1	2,7	10,7	3,8	15,9	4,9	39,1
Otras.....	6,9	25,0	3,1	7,1	11,9	6,5	7,3	11,5	21,7
NS/NC.....	1,1	25,0	0,7	0,0	2,1	1,0	1,2	1,6	0,0

Total superior al 100% por respuestas múltiples.

Fuente: "Juventud Vasca". (1.986)

c) TABLA VI-20. Motivos para seguir consumiendo.

INVESTIGACIONES AÑOS	DE 81	%	DE 85	%	EUSK. 86	%
Porque encuentro nuevas formas de pasármelo bien .....	179	43,23	167	40,44	117	21,1 7,4
Porque vivo la vida de forma distinta .....	37	8,94	36	8,72	41	15,3+
Porque en mi cuadrilla todos lo hacemos .....	34	8,21	89	21,55	85	42,23
Porque me gusta .....	250	60,38	312	75,74	234	9,74+
Porque me ayuda cuando estoy mal .....	71	17,15	61	14,77	54	4,5
Porque es una manera de contestar a esta sociedad .....	26	6,38	18	4,36	25	3,1
Porque no puedo dejarlo .....	4	1,00	9	2,18	17	9,6+
Otras razones.....	51	12,32	52	12,59	53	
	N1 652	N2 414	N1 744	N2 413	N1 626	N2 554

N1 = Número de respuestas dadas

N2 = Número de personas que podían responder (hasta 3 items).

En DE 81 = 1,57; En DE 85 = 1,80; En EUSK. 86 = 1,13

Fuente : "Juventud Vasca" (1986)

c) TABLA VI-21. Motivos para seguir consumiendo según frecuencia de consumo.

TOTAL		FORRO				HE-ROIN			
		NUNCA N.C.	PRO- BAR	+ 2 VECES AÑO	FRE- CUEN- TE	NUNCA N.C.	PRO- BAR	+ 2 VECES AÑO	FRE- CUEN- TE
TOTAL	2.030	1.018	458	226	328	1.980	82	61	23
TOTAL (probar)	562	2	6	226	328	514	73	61	23
Me lo dio un amigo...	20,5	0,0	0,0	13,3	25,9	20,8	24,7	18,0	30,4
Por curiosidad.....	7,1	0,0	0,0	0,0	11,6	6,0	9,6	11,5	30,4
Nuevas formas.....	14,2	0,0	0,0	7,1	19,5	13,0	20,5	21,3	0,0
Vive distinto.....	41,5	50,0	16,7	14,6	60,4	39,3	72,6	62,3	78,3
Está en el ambiente...	9,3	0,0	0,0	3,1	13,7	7,8	26,0	18,0	26,1
Por frustración.....	4,4	0,0	0,0	0,9	7,0	3,9	8,2	9,8	13,0
Rechazo forma de vida	3,0	0,0	0,0	0,0	5,2	1,4	6,8	3,3	30,4
Otras.....	9,3	0,0	50,0	4,9	11,6	9,3	8,2	6,6	4,3
NS/NC.....	31,31	50,0	33,3	64,2	8,5	33,5	4,1	11,5	0,0

Total superior al 100% por respuestas múltiples.

Fuente: "Juventud Vasca". (1.986)

## 2.- Psicosomatopatología. mecanismos anómalos de defensa: drogas.

### 2.1.- La ansiedad como génesis de una patología amplia y dispersa.

"Resulta curioso observar cómo en la lengua castellana se siguen conservando los dos vocablos ansiedad y angustia, no solamente en su versión popular, sino plenamente aceptados y utilizados en la práctica clínica cotidiana, mientras que en otros idiomas considerados más científicos -preferentemente los anglosajones- ambos términos parecen sinónimos y se engloban bajo la palabra anxiety. Es evidente que existen matices diferenciales importantes, y no sólo en sus raíces etimológicas, sino a menudo también en sus implicaciones terapéuticas".(23)

Admitimos las definiciones de Rojas, (1989) a quien seguimos:

- Angustia: Temor difuso, vago e inconcreto que se percibe como disolución de la propia personalidad. Para muchos autores, detrás de ella se esconde la nada o el vacío. Los síntomas más importantes son de naturaleza física.
- Ansiedad: Estado subjetivo de temor que se caracteriza por un sentimiento de alerta, de estar en guardia, que se vive como anticipación de lo peor. Aquí la vivencia es especialmente psicológica.

Las relaciones entre ansiedad, factores psicológicos y enfermedades psicosomáticas son complejas y para explicarlas hay que recurrir a la psicofisiología.

Hablamos aquí de enfermedades físicas cuya puerta de entrada ha sido la psicología: enfermedades psicosomáticas.

Se puede escribir la secuencia que va desde lo psicógeno hasta lo somático del siguiente modo: ansiedad, fuertes tensiones emocionales sostenidas o factores psicológicos crónicos de gran importancia para el sujeto -> excitación psíquica -> trastornos funcionales -> disregulación neurofisiológica -> inflamación -> lesión ya con una localización precisa.

Como no se puede demostrar una base anatómico-fisiológica por los métodos habituales de análisis de laboratorio, por ello, recurrimos a estas hipótesis psicológicas.(24)

## 2.2.- Las enfermedades psicosomáticas

Aquí pueden enmarcarse dichas enfermedades de cuyos cuadros explicativos, según Rojas, sólo cito los enunciados principales:

- Sistema nervioso central y aparato locomotor.
- Aparatos: respiratorio, cardiovascular, genito-urinario:
  - \* En la mujer, picor en la uretra y en la vulva vaginismo (contracción de los músculos de las paredes de la vagina), dolor al hacer el coito -dispareunia-, ausencia de la menstruación -amenorrea-, o menstruación irregular y dolorosa -dismenoreea-.
  - \* En el hombre, picores -prurito uretral, escrotal-, impotencia sexual, eyaculación precoz.
- Mucosas, piel y uñas (faneras).
- Rubor: vasodilatación capilar, hipersudoración,...
- Organos de los sentidos: con denominación de las principales manifestaciones psicosomato-patológicas.(25)

## 2.3.- Los caminos de la ansiedad.

Son muchas las estructuras neurobiológicas implicadas en la ansiedad que van a dar lugar a una amplia gama de manifestaciones. Desde la ansiedad se derivan diversos caminos patológicos que pueden quedar esquematizados en los siguientes apartados: cuerpo o plano biológico; corporalidad o campo de las sensaciones difusas desparramadas por la geografía del cuerpo y vividas por dentro; el plano psíquico; y, por último, los mecanismos de defensa de la personalidad. Habría que mencionar los que puede significar la ansiedad como elemento promotor de la madurez de la personalidad, siempre y cuando su impacto emocional no llegue a neurotizar a dicho sujeto merced a los golpes ansioso en sus distintas versiones. En el diagrama quedan resumidos esos derroteros por donde va a desviarse la ansiedad, originando distintos trastornos. Vamos a ir exponiendo cada uno de ellos.

Si nos atenemos a la ansiedad que escoge el vericuetto del plano biológico, nos vamos a encontrar de entrada

con crisis de la ansiedad, los ataques de pánico, los episodios, temporadas y estados ansiosos. En todos, la vivencia es no placentera debido a grandes descargas de adrenalina. Cuando se asocia con tensiones psicológicas, familiares, sociales y/o profesionales, si éstas son intensas y prolongadas, va a ir apareciendo una nueva "enfermedad" que puede escoger tres caminos: la musculatura lisa, que es aquella que envuelve a los órganos; está formada por fibras que se disponen paralelamente en fascículos y forman las capas musculares de los mismos; está dotada de movimientos involuntarios; la musculatura estriada, que es de más longitud y está constituida por rayas y por surcos que le dan esa forma peculiar de estriás. Son músculos voluntarios, excepto los cardíacos: brazos, piernas, cara, etc., son, en su mayoría músculos que cubren el esqueleto humano; el tercer camino es la estética corporal, hoy en boga, y que presenta una gran patología, sobre todo en la adolescencia femenina.

#### 2.4.- El por qué de las distintas rutas. Mecanismos de compensación: LAS DROGAS.

Salta una pregunta en seguida. ¿Por qué en unos casos la ansiedad escoge la ruta física (del cuerpo) o la corporalidad (cuerpo interno, intracuerpo o cuerpo vivido) y, en otros, la dirección psíquica o los mecanismos de defensa anómalos? La respuesta hay que buscarla en estos apartados:

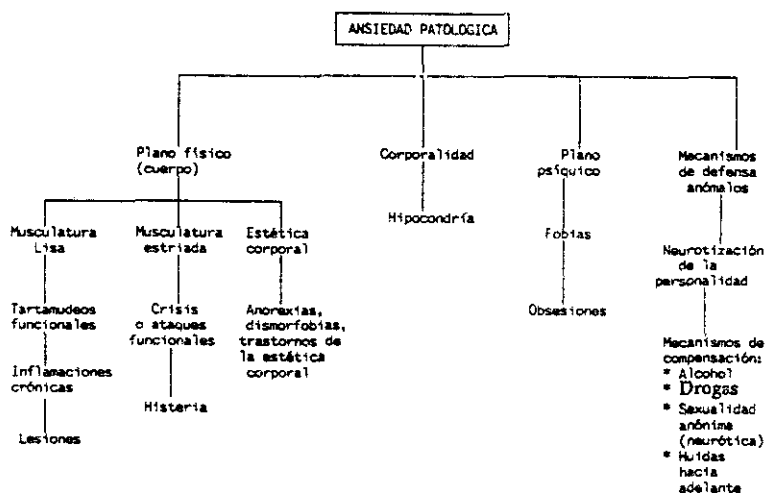
- a) Cuando la personalidad es más fuerte, por regla general la ansiedad se encamina hacia el cuerpo.
- b) También si ese sujeto es narcisista, inseguro y ha tenido aprendizajes cercanos a lo largo de su vida de tiempo aprensivo (vivir con una persona enferma mucho tiempo; haber estado cerca de una persona aprensiva, hipocondríaca, que siempre ha estado visitando médicos, hablando de enfermedades, análisis, etc.; en una palabra, que ha aprendido a vivir observándose físicamente y con el paso del tiempo no puede despegarse de esta tendencia a estar siempre atento a síntomas, sensaciones, molestias, etc.; haber padecido alguna enfermedad desde pequeño, que le ha puesto en contacto con la medicina y de ahí se ha iniciado esa andadura hipocondríaca).

- c) La ansiedad escoge el plano psíquico cuando la personalidad es más débil y/o la ansiedad se ha producido en forma de crisis o ataques inesperados que le han llevado a hacer interpretaciones erróneas del lugar donde ésta se produjo, u otras circunstancias, generalizando... y así lentamente, se va a ir instaurando una fobia.
- d) En sujetos introvertidos, escrupulosos con antecedentes obsesivos en su familia, se suele producir un trayecto que va de la angustia a la fobia y de ésta a la obsesión; en otras ocasiones, el salto es directo: ansiedad -> obsesión.
- e) Cuando la personalidad no queda calificada ni como fuerte ni como débil, ni tampoco hay antecedentes fóbico-obsesivos, sino que dicho sujeto es portador de una personalidad desequilibrada, desajustada o, por decirlo en términos de la psiquiatría americana, tiene un trastorno de la personalidad. En tales casos la corriente ansiosa va buscando mecanismos de defensa anómalos, inadecuados. Los más clásicos son: el hábito alcohólico, que conduce a la larga a una dependencia importante, y el deslizamiento hacia una conducta sexual hiperactiva y primaria; ambos llevan a una degradación de la personalidad. Más modernamente existen tres "escapadas" brillantes: el hachís, la cocaína, y el podium de las drogas: LA HEROINA; además las huidas hacia adelante, plurales y complejas, cuya factura encuentra el sujeto al final del camino.

Dos palabras sobre la ansiedad como fuente de maduración de la personalidad. Una experiencia dura y negativa, como es la experiencia de sumergirse y vivir en y desde la ansiedad, puede llevar por caminos paradójicos - las rutas del sufrimiento superadas tienen siempre ingredientes de maduración personal- a un salto positivo.



CAMPOS EN LOS QUE SE MANIFIESTA  
LA ANSIEDAD PATOLÓGICA



Fuente : Rojas, E. (1.989) O.C.

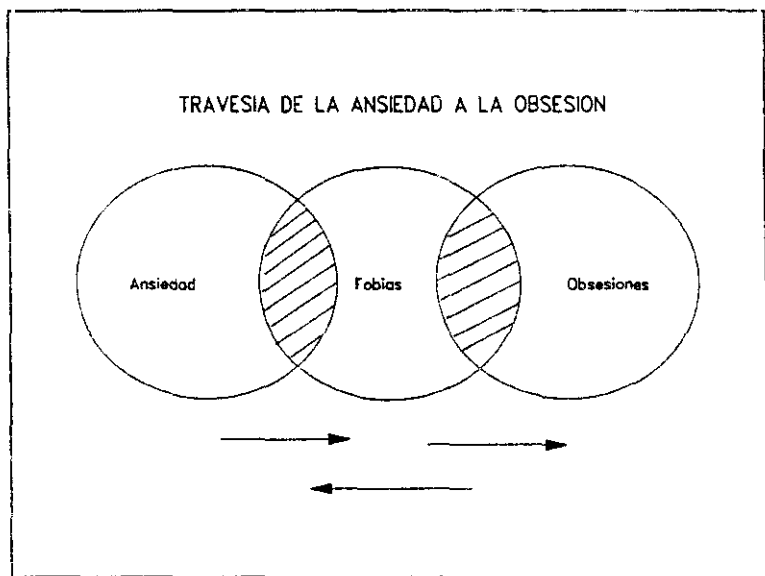
## 2.5.- Ansiedad, fobias, obsesiones, suicidio.

Como dice Rojas (1989), hay una primera travesía de la ansiedad que termina en la idea de suicidio. Ahora se trata de una segunda travesía que parte de la ansiedad y aterriza en las obsesiones. Esto no quiere decir que siempre tenga que seguirse alguno de los dos caminos. La medicina es bastante más compleja que una ciencia exacta.

La ansiedad es una experiencia viva, dinámica, que cambia de forma con el paso del tiempo. Hay un elemento común: el temor. Hay una gradación de sentimientos temerosos que partiendo del miedo -> conduce a la ansiedad -> y culmina en la fobia. El miedo es un temor ante algo concreto, específico, claro, evidente, que se capta desde la posición donde uno se encuentra. Del miedo se defiende uno con medidas racionales. La ansiedad es un temor difuso, vago e incorrecto, sin referencias. Las fobias son miedos irresistibles, tremendos, insuperables, desproporcionados.

Actitud de huida o de aplazamiento si de lo que se trata es de enfrentarse a algo o alguien. Rojas clasifica cuarenta y cuatro. Algún diccionario hasta doscientas.

Las obsesiones son ideas absurdas, falsas, ilógicas, que pueden aparecer como pensamientos, imágenes, impulsos persistentes que el sujeto reconoce como carentes de sentido y lucha una y otra vez con ellas, pero no puede dominarlas. Pensamiento prisión o pensamiento tiránico. La compulsión consiste en conductas repetitivas, insistentes, que se suceden con terquedad y que no tienen ningún fin u objetivo en sí mismo, sino que se realizan para producir o evitar algo futuro. El sujeto reconoce su falta de sentido lógico, pero tiene que hacerlo; se ve forzado a ello. Obsesión y suicidio, pasos: idea dominante de suicidio -> idea fija de suicidio -> fobia de suicidio -> idea obsesiva de suicidio. Agredir: hacia fuera (homicidio); hacia dentro (suicidio). Tratamiento tridimensional: biológico (farmacológico); psicológico (psicoterapias); sociológico (sociote



Fuente: Rojas, E. O.C. Pág 121 (23)

2.6.- La ansiedad es la enfermedad psiquiátrica más frecuente.

El estrés y la competitividad, característicos de las sociedades occidentales, han provocado que la ansiedad pase a ser el trastorno mental más frecuente, dejando en segundo lugar a la depresión. Si en las últimas décadas del siglo XX la depresión ha sido la enfermedad psiquiátrica más común, estudios recientes, llevados a cabo en Estados Unidos, han revelado que un 15% de la población padece trastornos de ansiedad; frente a un 8% que sufre depresión. "Estas cifras son extrapolables a cualquier sociedad occidental, incluida España". Aunque una tercera parte de este tipo de trastornos tiene un origen biológico, se cree que el estrés y la competitividad son los hechos que han provocado la progresión de esta enfermedad", como afirma el Psiquiatra Juan José López Ibor. (26)

Para el drogodependiente tiene aplicación todo este marco teórico, con la doble denominación: "el mono" o "síndrome de abstinencia", como fuerte síntoma de su patología.

3.- Variables referentes al sujeto toxicómano que estudiamos

PERFIL DE LA MUESTRA

Hay que destacar los siguientes puntos de interés:

- \* Tres de cada cuatro encuestados es hombre.
- \* La edad media oscila de entre 21 a 25 años, con un 44% del total.
- \* En lo que al estado civil se refiere, el porcentaje de solteros es similar, (70%) tanto para hombres como para mujeres. En cuanto a solteros y en otra situación, cabe destacar:
  - El porcentaje de casados varía mucho en relación al sexo, siendo de un 20% para los hombres, pero sólo de un 7% para las mujeres.
  - Frente a un 10% de hombres bajo el epígrafe otra situación, encontramos un 21% de mujeres.
- \* La variable situación actual presenta como característica esencial que un 54% de los encuestados se encuentran sin ocupación, y que sumados a un 4% en paro cobrando y un 6% en paro sin subsidio, hacen un total de un 64% del total que declara no hacer nada. La situación actual de los drogodependientes es genérica por sexo.
- \* En cuanto al nivel de estudios de los encuestados, un 30% declara sólo leer y escribir, elevándose este porcentaje hasta el 32% en el caso de los hombres y siendo sensiblemente inferior en el caso de las mujeres (21%). El porcentaje con estudios primarios (E.G.B.) es del 41%, obteniendo el graduado escolar solamente un 11%, lo que supone que el 82% de los encuestados tiene como máximo el graduado escolar.
- \* Finalmente, en lo que a clase social se refiere, hay que destacar el 95% de encuestados dentro de lo que podríamos llamar clase media-baja, y que agruparía un 78% de los clasificados dentro de la clase modesta y un 17% de clase media-baja propiamente dicha.

**RESUMEN:** El perfil de los encuestados es, por tanto, un hombre de 21 a 25 años, soltero, sin ocupación, con estudios primarios y de clase social baja.

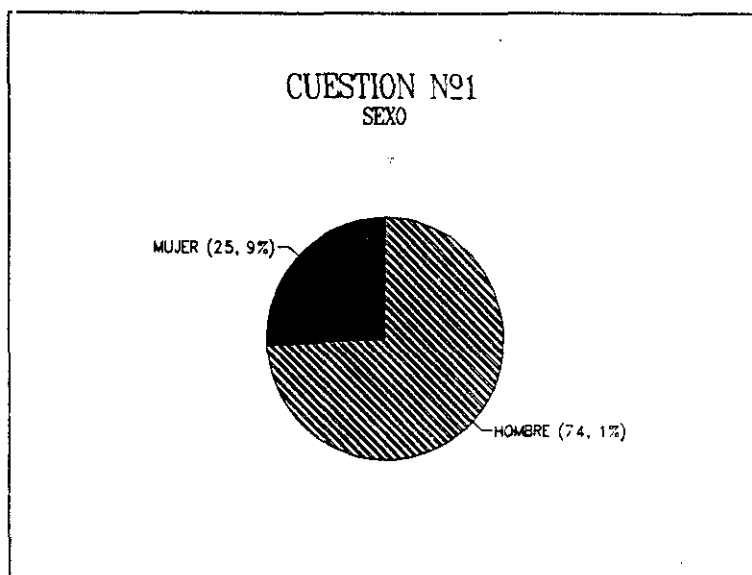


Gráfico 1

### 3.1.- Datos antropológicos generales

#### CUESTIONES Nº 1 Y 2: SEXO Y EDAD

El 74% de la muestra son hombres. Aunque la media de edad se encuentra entre los 21 y los 25 años para el total de la muestra, con un 44% de los encuestados dentro de dicho grupo de edad, hay que destacar el importante peso que tienen las mujeres, con un 71% de las mismas entre los 21 y 25 años.

El porcentaje de hombres para los distintos tramos de edad es más homogéneo.

### CUESTION Nº 3: ESTADO CIVIL

El 70% de los encuestados es soltero/a, siendo el mayor porcentaje por grupos de edad el correspondiente al intervalo de 15 a 20 años, con un 92% de solteros.

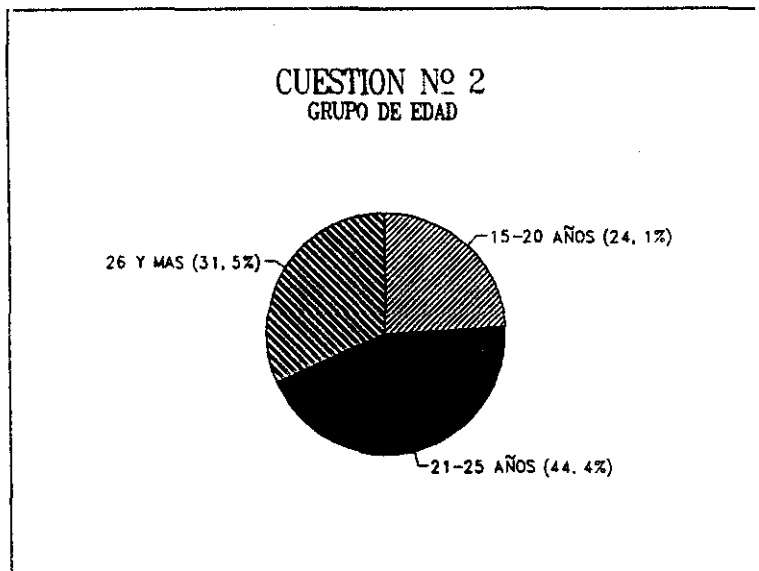


Gráfico 2

### CUESTION Nº 4: SITUACION ACTUAL

Hay que destacar el 54% que declara no hacer nada. Por lo demás, esta cuestión presenta homogeneidad en cuanto a clase social, sexo y edad.

### CUESTION Nº 5: CON QUIEN VIVE EN LA ACTUALIDAD

Los porcentajes más elevados en este epígrafe corresponden por un lado, al apartado "con los padres", con un 31% (siendo este dato bastante homogéneo por sexos), y, en segundo lugar a instituciones sociales (26%). Llama la atención de este último dato que el 57% de las mujeres viven en las mencionadas instituciones frente a un 15% de los hombres.

#### CUESTION Nº 6: NIVEL DE ESTUDIOS

El dato más importante que podemos extraer de esta cuestión es que el 82% de los encuestados tienen nivel de estudios igual o inferior a graduado escolar. Este porcentaje se desglosa:

- 30% sólo leer y escribir
- 41% E.G.B.
- 11% Graduado escolar

Los resultados de los contrastes de hipótesis apuestan por la independencia de esta cuestión frente a sexo, edad, clases social y situación de libertad o prisión.

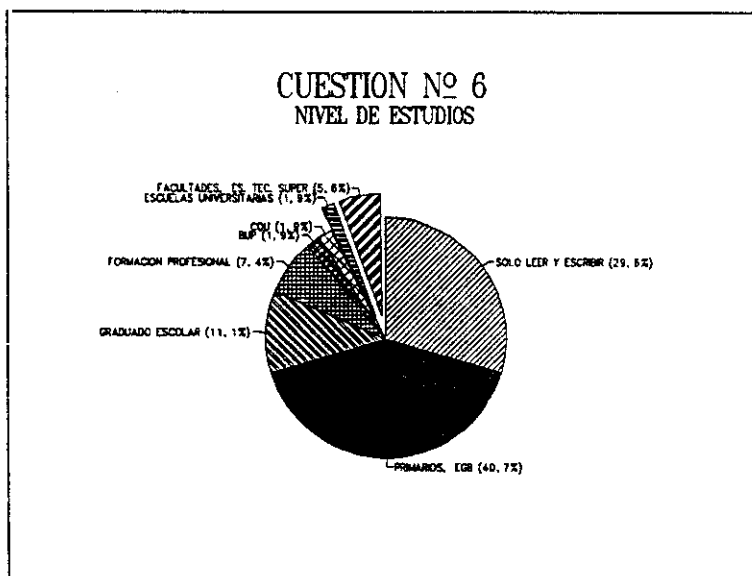


Gráfico 3

#### CUESTION Nº 7: CLASE SOCIAL

A destacar los porcentajes pertenecientes a las clases modesta y media-baja de un 78% y un 18% respectivamente.

CUESTION Nº 7  
CLASE SOCIAL

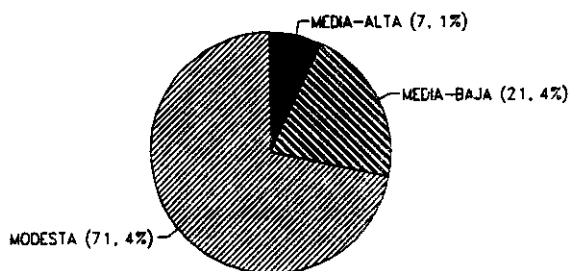


Gráfico 4

3.2.- Consumo de drogas y motivaciones

CUESTION Nº 9: QUE DROGAS HAS CONSUMIDO

Las cinco drogas que han sido consumidas mayoritariamente por los drogodependientes encuestados son:

- Cannabis ..... 87%
- Heroína ..... 81%
- Cocaína ..... 78%
- Acido ..... 61%
- Anfetaminas . 63%



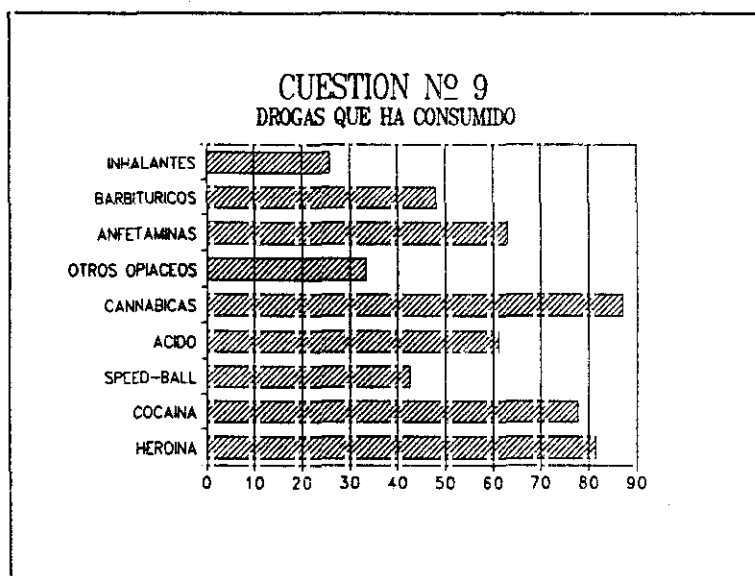


Gráfico 5

Existe una dependencia entre esta variable y la variable en libertad, en prisión, ya que para el caso de los drogodependientes en prisión, las frecuencias se concentran más en cannabis, heroína y cocaína. Para el resto de las variables se observa una alta independencia, siendo acentuada en la variable por sexo ya que el porcentaje de consumo de las distintas drogas es muy similar.

Hay que destacar que, de acuerdo con la encuesta, han consumido cannabis:

- 100% de los encuestados pertenecientes a la clase social media-alta.
- 90% de los encuestados pertenecientes a la clase social modesta.
- 90% de los encuestados son hombres.
- 100% de los encuestados comprendidos entre los 15-20 años

El consumo de cocaína va descendiendo a medida que aumenta la edad del toxicómano.

El consumo más alto de heroína se da en la clase modesta de 21 a 25 años.

#### CUESTION Nº 10: QUE DROGAS CONSUME

En la actualidad, al haber un 48% de los encuestados en prisión, los porcentajes de consumo se distorsionan. Cabe destacar como aún estando en prisión un 50% de los encuestados dicen consumir cannabis y un 20% anfetaminas o barbitúricos.

Por orden de consumo en la actualidad, se tiene:

- Cannabis 59%
- Heroína 33%
- Cocaína 22%
- Barbitúricos 22%

#### CUESTION Nº 11: POR QUE CONTINUA CONSUMIENDOLAS

Al igual que en la cuestión anterior, la situación de prisión del 48% de los encuestados distorsiona las respuestas. No obstante, las mayoritarias son:

- 33% Porque me gusta
- 30% Por estar bien
- 30% Porque me libera de la rutina diaria

Se observa porcentajes elevados para:

- De entre los encuestados en libertad, un 50% aduce "por estar bien y porque me gusta".
- Un 44% de los encuestados pertenecientes a la clase media-baja da como respuesta "porque me libera de la rutina diaria".
- Un 43% de las mujeres encuestadas responde "porque me libera de la rutina diaria".
- El 54% de los encuestados con edades comprendidas entre los 15 y los 20 años aduce como razón de consumo "por estar bien".

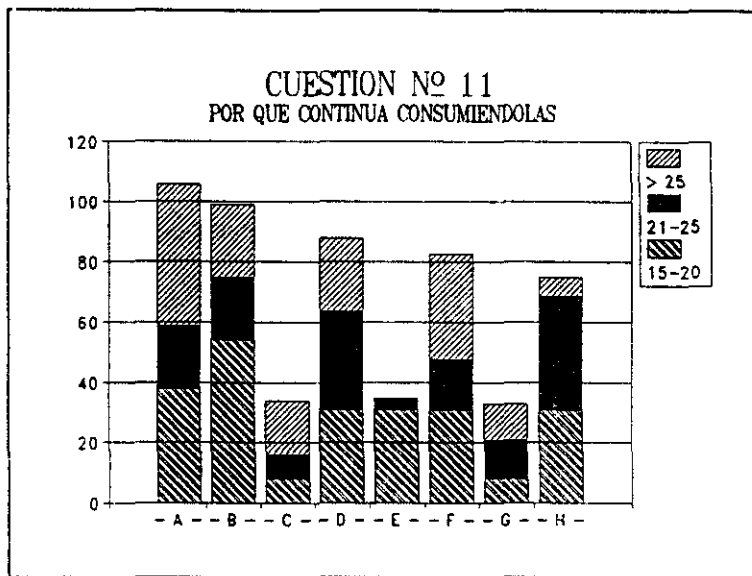


Gráfico 6: A.- ME GUSTA; B.-ESTAR BIEN; C.-PASO DE TODO; D.-ME LIBERA DE LA RUTINA DIARIA; E.-BUSCO NUEVAS SENSACIONES; F.-EVASION DE LOS PROBLEMAS; G.-PROBLEMAS FISICOS; H.-NO SIGO CONSUMIENDO

**CUESTION Nº 18: MOTIVOS QUE LLEVAN A LA DROGO-DEPENDENCIA**

Las respuestas mayoritarias en esta apartado han sido:

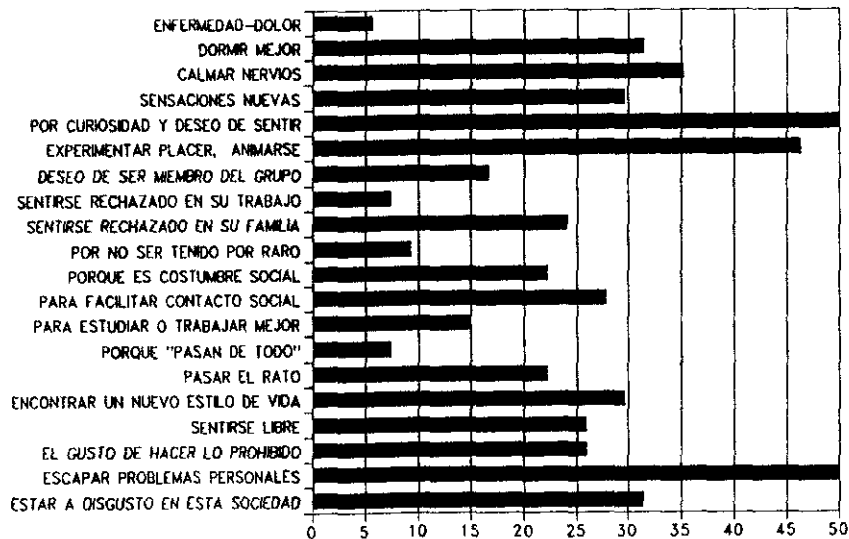
- 50% escapar de problemas personales.
- 50% por curiosidad y deseo de sentir
- 46% experimentar placer y animarse

Estos porcentajes se desglosan por sexo de la siguiente forma:

- Escapar de problemas personales
  - \* Hombres 45%
  - \* Mujeres 64%
- Por curiosidad
  - \* Hombres 55%
  - \* Mujeres 36%

## CUESTION Nº 18

### MOTIV. QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA



# CUESTION Nº 18 MOTIV. QUE LLEVAN A LA DROCODEPENDENCIA

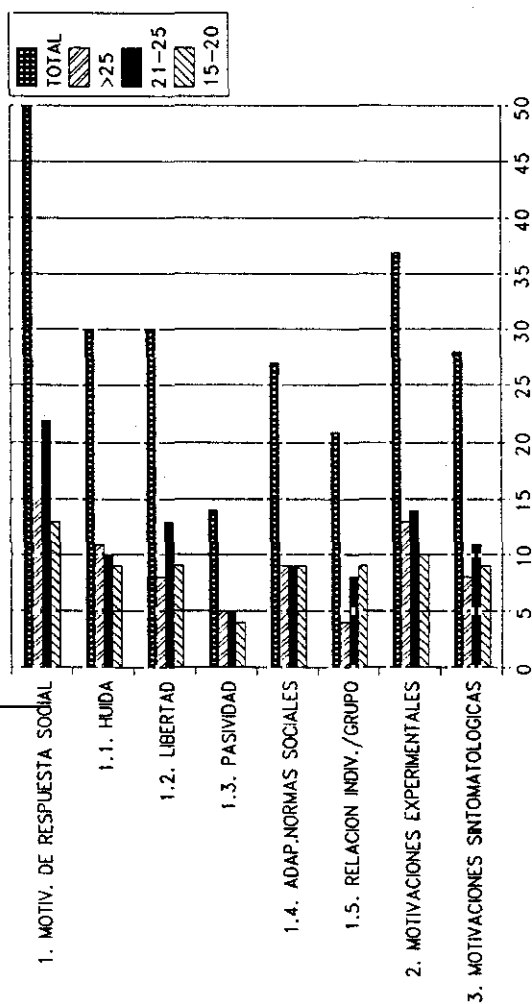


Gráfico 8

Los porcentajes más altos por subgrupos se alcanzan en:

- En libertad, un 57% aduce "por curiosidad y deseo de sentir".
- En prisión, un 58% responde "escapar de problemas personales".
- De entre los de clase social media-baja, un 67% da como respuesta "experimentar placer y animarse".
- Del grupo de edad entre 15 y 20 años, un 69% aduce "escapar de problemas personales" como motivo que lleva a la drogodependencia.

Los motivos que llevan a la drogodependencia se agrupan para recoger mejor una serie de respuestas análogas, en tres grupos:

- \* 93% motivaciones de respuesta social.
- \* 69% motivaciones experimentales.
- \* 52% motivaciones sintomatológicas.

Este 93% de motivaciones de respuesta social, para el caso de las mujeres, asciende hasta un 100%, dentro del cual destaca el porcentaje correspondiente a motivos de huida (64%) y libertad (71%). Asimismo, para los menores de 20 años este porcentaje es unánime (100%).

Al relacionar las motivaciones con la clase social encontramos que a medida que disminuye ésta:

- \* Aumenta la motivación de respuesta social 67% a un 95%
- \* Disminuyen las motivaciones experimentales de 100% a 62%

La motivación de respuesta social, también disminuye con la edad.

En términos generales, las respuestas son independientes de sexo, clase social, en libertad o prisión. En cambio, según edad hay una leve dependencia según evidencia el test.

Para toda la muestra, evaluada por subgrupos, los motivos fundamentales que llevan a la drogodependencia son:

- 56% Escapar de problemas personales.
- 50% Experimentar placer, animarse.
- 48% Por curiosidad y deseo de sentir.

# CUESTION N° 18

## MOTIV. QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA

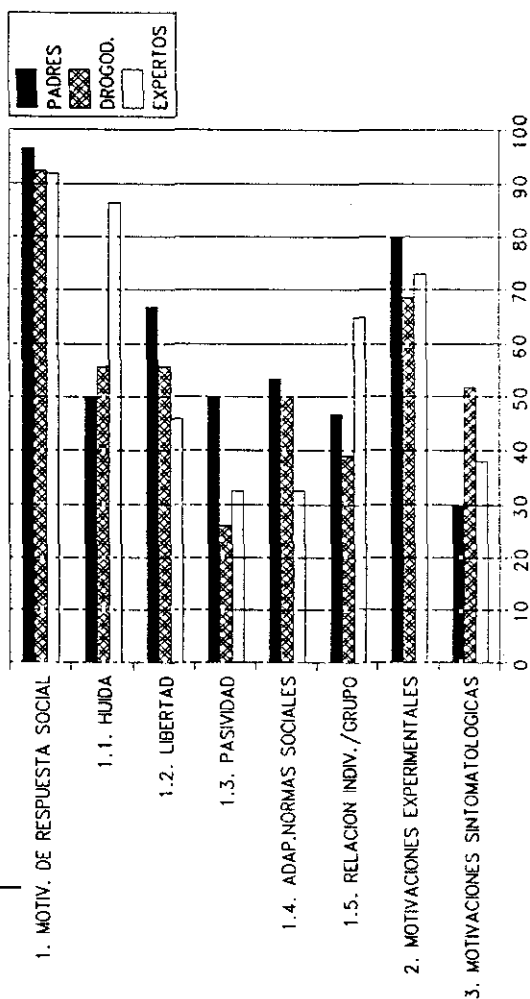


Gráfico 9

# CUESTION Nº 18 MOTIV. QUE LLEVAN A LA DROCODEPENDENCIA

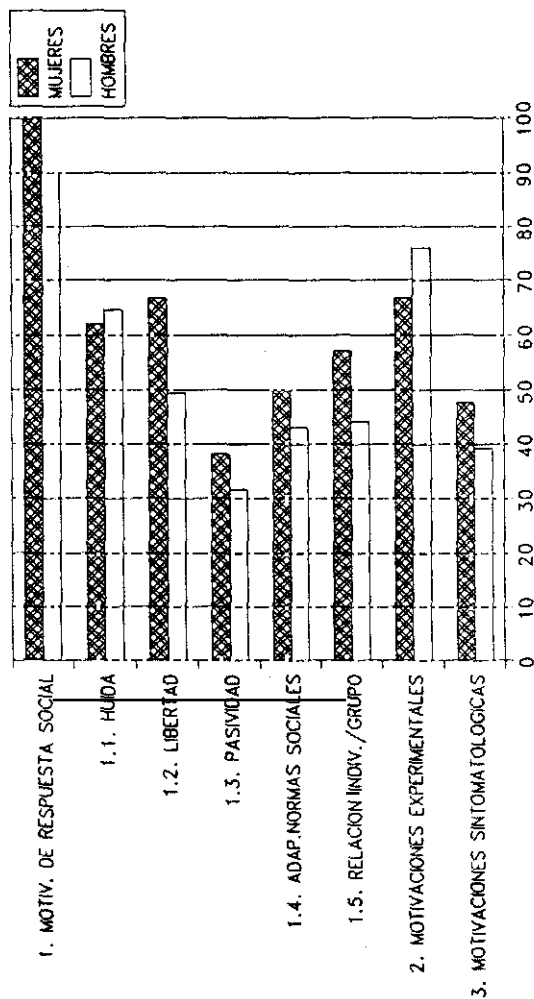


Gráfico 10



# CUESTION Nº 18 MOTIV. QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA

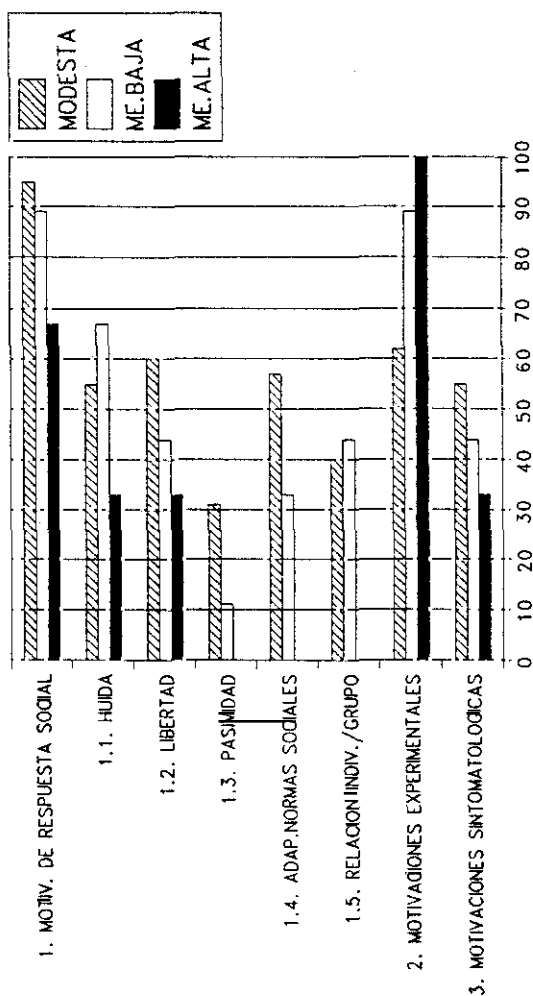


Gráfico 11

Como vemos, coincide con las respuestas de los mismos drogodependientes, la diferencia es el orden de la 2ª y la 3ª, es debido a la opinión de los expertos que dan un 59% a la respuesta "experimentar placer y animarse". Aunque las motivaciones, tanto por subgrupos como por sexo son homogéneas, destacan:

- Expertos:
  - \* 76% "Escapar de problemas personales".
  - \* 59% "Experimentar placer, animarse".
- Drogodependientes:
  - \* 50% "Escapar de problemas personales".
  - \* 50% "Por curiosidad y deseo de sentir".
- Padres:
  - \* 50% "El gusto de hacer lo prohibido".

Por sexo, la respuesta mayoritaria, tanto para hombres como para mujeres es "Escapar de problemas personales".

Una vez agrupadas las respuestas, veamos qué dependencia existe entre los distintos subgrupos y qué grupo de motivaciones predomina.

Un 93% aduce "motivaciones de respuesta social", siendo la de huida la más aceptada. Un 73% responde "motivaciones experimentales" y un 42% aduce "motivaciones sintomatológicas".

Por subgrupos las motivaciones que llevan a la drogodependencia son en términos porcentuales idénticas. Hay que destacar los siguientes matices:

- 86% de los expertos aduce dentro de "motivos de respuesta social", en particular "huida".
- 67% de los padres señalan como motivación principal "libertad", en respuesta social.

Existe una clara dependencia entre motivación y sexo, debido fundamentalmente al hecho de que para las mujeres existe una motivación unánime: "motivaciones de respuesta social" (100%), mientras que para los hombres este porcentaje se reduce a un 90%. En cambio para las motivaciones experimentales se altera esta correlación siendo baja para las mujeres (67%) y alrededor de la media total para los hombres (76%).

### 3.3.- Rehabilitación y tratamiento; experiencias y actitudes ante los mismos

#### CUESTION 12: HA INTENTADO DEJARLAS

Curiosamente el porcentaje más elevado corresponde a la respuesta "sí, y lo he conseguido", con un 35%, elevándose este porcentaje hasta el 57% para los drogodependientes que están en prisión, siendo del 46% para los comprendidos entre los 21 y los 25 años, y del 67% para los de clase media-alta. La respuesta inmediatamente posterior es "alguna vez me lo he propuesto pero...", y se aprecia una importante disminución de dicho porcentaje a medida que aumenta la edad del drogodependiente:

- 62% de 15 a 20 años
- 29% de 21 a 25 años
- 18% mayores de 25 años

#### CUESTION Nº 13: TIPO DE AYUDA O TRATAMIENTO SEGUIDO

No existe, en general, una respuesta mayoritaria al respecto. Las más altas son con un 33% "médico" y "sólo, por esfuerzo personal".

Porcentajes elevados por subgrupos son los siguientes:

- De los encuestados en prisión, un 54% responde "sólo, por esfuerzo personal".
- De los encuestados pertenecientes a la clase modesta, un 43% da como respuesta "médico".

El 22% no ha seguido ningún tipo de ayuda o tratamiento y un 24% lo ha intentado en un centro de rehabilitación.

#### CUESTION Nº 14: DONDE VIVIR UN TOXICOMANO PARA DESENGANCHARSE

El 57% opina mayoritariamente que en un centro de rehabilitación, aunque hay que destacar por su relevancia otras respuestas como "en una comunidad terapéutica" con el 43% y "marchándose a otro lugar en que no le conozcan" con el 35%.

En lo que a la distribución por sexo se refiere hay que apuntar el 71% de mujeres a favor de la opción del centro de recuperación para desengancharse.

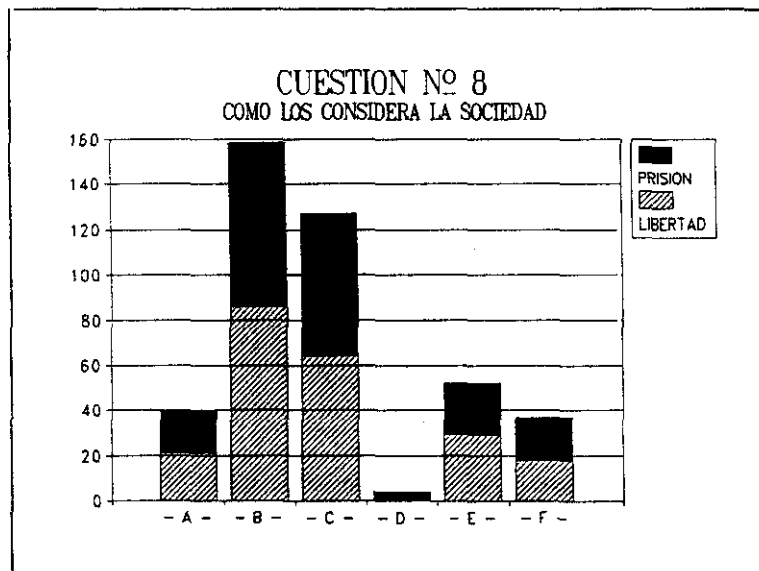
**CUESTION Nº 15: ESTA EN TRATAMIENTO DE REHABILITACION ACTUALMENTE**

El 80% de los drogodependientes encuestados no se encuentran en rehabilitación. Hay que apuntar que este porcentaje se eleva al 86% para el caso de las mujeres.

El porcentaje más alto en rehabilitación se encuentra en la clase social media-baja, hombres y en el grupo de edad de mayores de 25 años.

**CUESTION Nº 16: EN QUE SITUACION**

Esta cuestión está relacionada con la anterior, ya que se refiere a la situación en que se encuentran aquellos que reciben tratamiento. Destacan los porcentajes del 38% para las respuestas "interno en un centro" e "interno en un hospital".



**Gráfico 12: A.-ENFERMOS; B.-DEGENERADOS O VICIOSOS; C.-DELINCUENTES; D.-PERSONAS NORMALES; E.-DESEQUILIBRADOS; F.-FUERA DE NORMA**

### 3.4.- Consideración social y situación: en libertad o en prisión

#### CUESTION Nº 8: COMO CONSIDERA LA SOCIEDAD A LOS DROGADICTOS

El 80% de los drogodependientes opina entre otras opciones simultáneas que la sociedad los considera "como degenerados o viciosos". La segunda opción mayoritaria es "como delincuentes" con un 65%. Sólo el 2% de los encuestados piensa que la sociedad los considera como personas normales y este porcentaje está exclusivamente compuesto por mujeres.

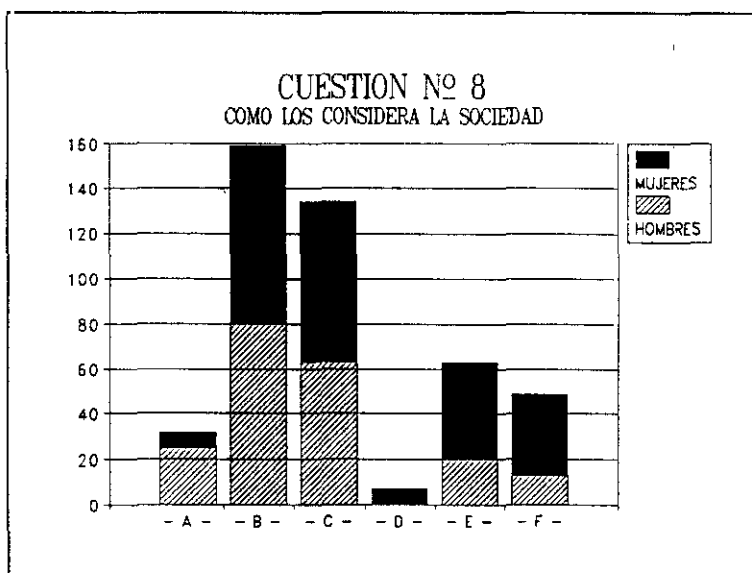


Gráfico 13: A.-ENFERMOS; B.-DEGENERADOS O VICIOSOS; C.-DELINCUENTES; D.-PERSONAS NORMALES; E.-DESEQUILIBRADOS; F.-FUERA DE NORMA

## HIPOTESIS DE INDEPENDENCIA POR PARES DE CUESTIONES

- A) 1.- SEXO  
2.- NADIE PUEDE HACER NADA POR MI REHABILITACION

El desacuerdo llega, en términos generales a que 3 de cada 4 encuestados están en desacuerdo con la afirmación, siendo el porcentaje más bajo el de los que viven solos (60%). Se acepta igualmente la independencia.

- 1.- CON QUIEN VIVE EN LA ACTUALIDAD  
2.- NADIE PUEDE HACER NADA POR MI REHABILITACION

El 10% de los que viven en familia está en desacuerdo con la afirmación, siendo el porcentaje más bajo el de los que viven solos (60%). Se acepta igualmente la independencia.

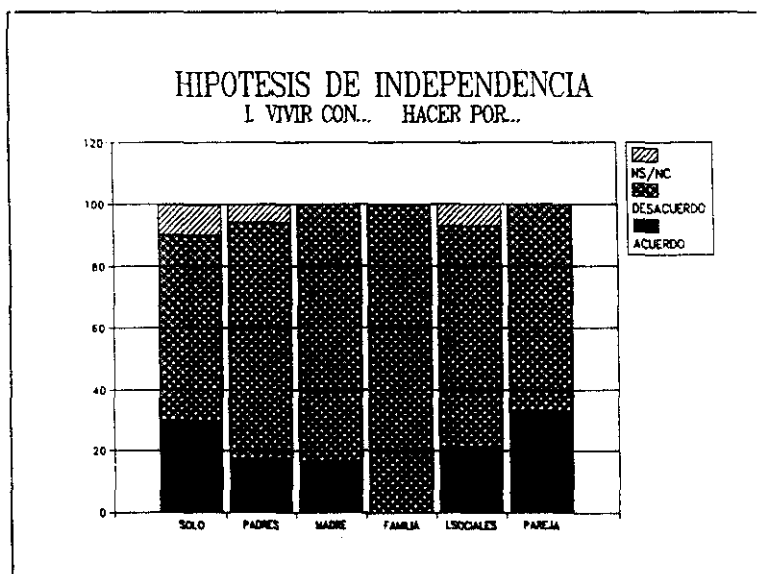


Gráfico 14

- 1.- ESTADO CIVIL
- 2.- NADIE PUEDE HACER NADA POR MI REHABILITACION

Los drogodependientes solteros están en desacuerdo en un 79%

- 1.- GRUPO DE EDAD
- 2.- NADIE PUEDE HACER NADA POR MI REHABILITACION

Es significativo como por grupos de edades el desacuerdo pasa del 91% para los menores de 20 años a un 68% para los mayores de esta edad. Rechazamos, por tanto, la hipótesis de independencia.

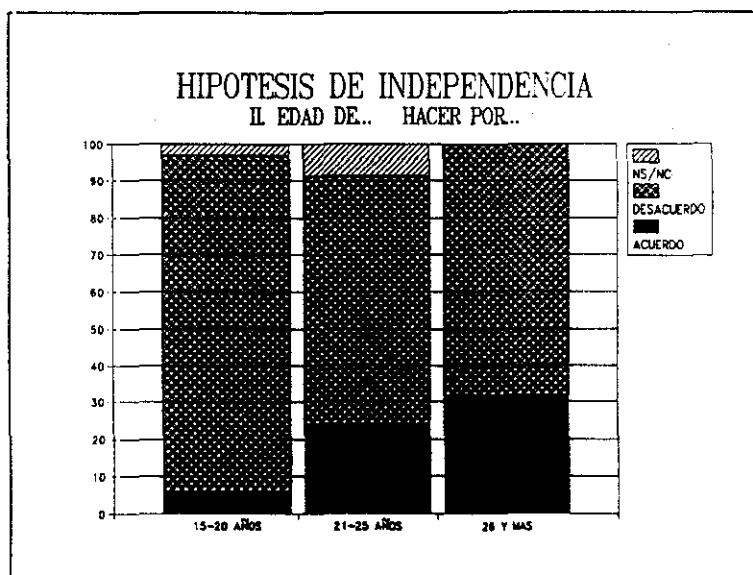


Gráfico 15

- 1.- CLASE SOCIAL
- 2.- NADIE PUEDE HACER NADA POR MI REHABILITACION

Se da una situación similar a la anterior, pero en este caso para las clases sociales más bajas, que están en desacuerdo sólo en un 67% frente al 76% de la clase más alta.

- 1.- QUE DROGAS HA CONSUMIDO
- 2.- NADIE PUEDE HACER NADA POR MI REHABILITACION

Por drogas consumidas, la igualdad de criterio es absoluta.

- 1.- ESTA EN TRATAMIENTO DE REHABILITACION ACTUALMENTE
- 2.- NADIE PUEDE HACER NADA POR MI REHABILITACION

Como en el caso anterior, se da también una importante igualdad de criterio, pero llama la atención el 7% que no sabe o no contesta, con una duda lógica ya que no está en tratamiento.

- 1.- TIPO DE AYUDA O TRATAMIENTO SEGUIDO
- 2.- NADIE PUEDE HACER NADA POR MI REHABILITACION

Según el tratamiento seguido, el porcentaje más bajo en rechazar la afirmación se encuentra entre los que utilizan los amigos para rehabilitarse, mientras que el más alto se da entre los ingresados en un sanatorio.



B) 1.- SEXO

2.- ALGUIEN QUE YA ES TOXICOMANO, NUNCA  
VOLVERA A SER EL MISMO DE ANTES

Esta dura afirmación tiene entre los drogodependientes un grado de aceptación del 30% aproximadamente. En lo que al sexo se refiere sólo un 50% de las mujeres está en desacuerdo frente a un 71% de los hombres.

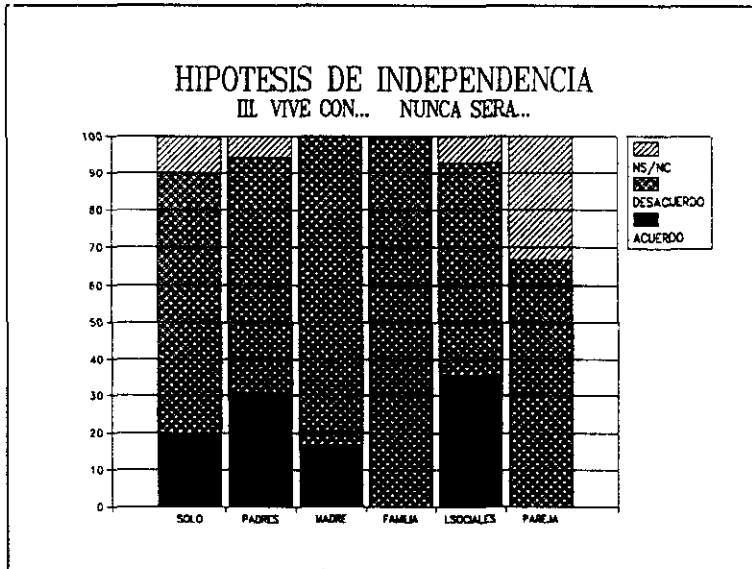


Gráfico 16

1.- CON QUIEN VIVE EN LA ACTUALIDAD

2.- ALGUIEN QUE YA ES TOXICOMANO, NUNCA  
VOLVERA A SER EL MISMO DE ANTES

Al igual que sucedía con la anterior pregunta para este subgrupo, el 100% de los que viven con los familiares están en desacuerdo.

- 1.- GRUPO DE EDAD
- 2.- ALGUIEN QUE YA ES TOXICOMANO, NUNCA  
VOLVERA A SER EL MISMO DE ANTES

Por grupos de edad, el acuerdo con la afirmación va disminuyendo a medida que aumenta la edad del toxicómano.

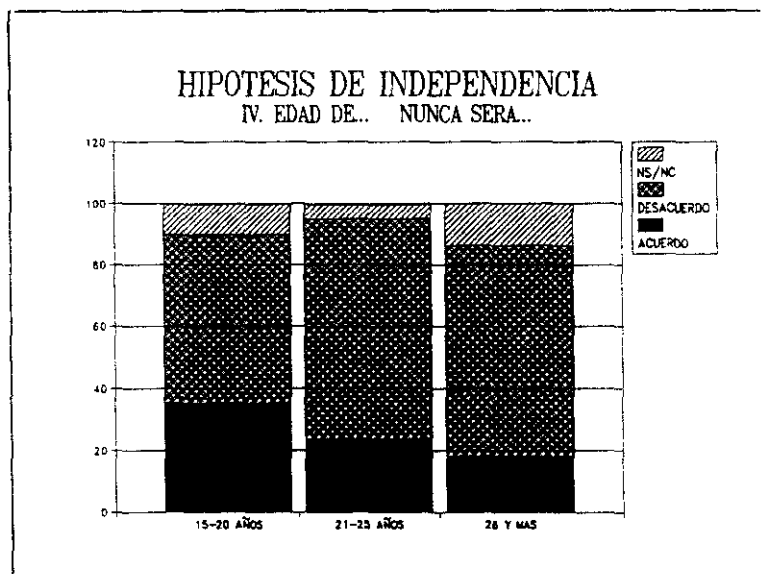


Gráfico 17

- 1.- CLASE SOCIAL
- 2.- ALGUIEN QUE YA ES TOXICOMANO, NUNCA  
VOLVERA A SER EL MISMO DE ANTES

Por clase social, las respuestas son muy homogéneas, con entre un 65 y un 68% en desacuerdo.

- 1.- QUE DROGAS HA CONSUMIDO
- 2.- ALGUIEN QUE YA ES TOXICOMANO, NUNCA  
VOLVERA A SER EL MISMO DE ANTES

Para este subgrupo, como en el caso anterior se da una gran homogeneidad, hecho que teóricamente parece poco lógico.

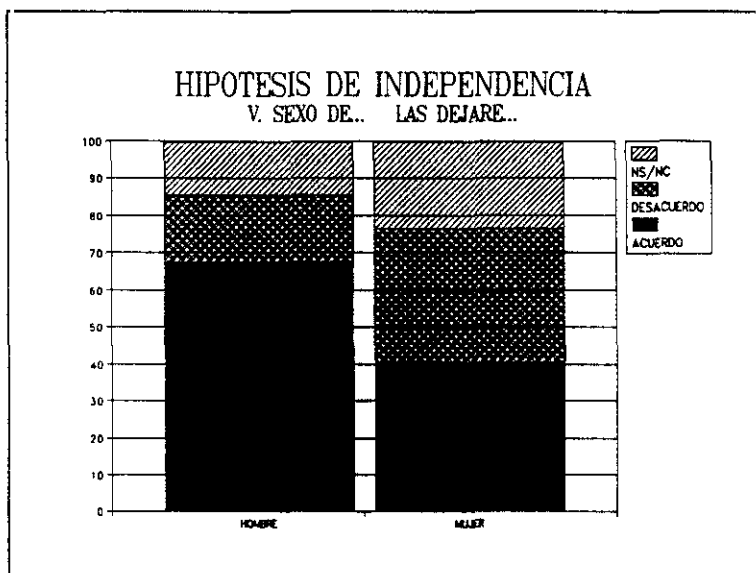


Gráfico 18

- C) 1.- SEXO
- 2.- PIENSO QUE DENTRO DE CIERTO TIEMPO DEJARÉ LAS DROGAS POR MI PROPIO ESFUERZO

Ante esta afirmación, en términos generales, el grado de abstención (NS/NC) a dar una respuesta firme es elevado, siendo de un 14% en hombres y un 23% en mujeres. De todas formas, los drogodependientes están de acuerdo en un 68%, siendo el porcentaje para las mujeres de sólo un 40%.

1.- GRUPO DE EDAD

2.- PIENSO QUE DENTRO DE CIERTO TIEMPO DEJARÉ LAS DROGAS POR MI PROPIO ESFUERZO

Por edades, la diferencia más significativa se da, sobre todo, entre los menores de 20 años y los mayores de esta edad, pasando de un 88% de acuerdo a un 53 y un 45%

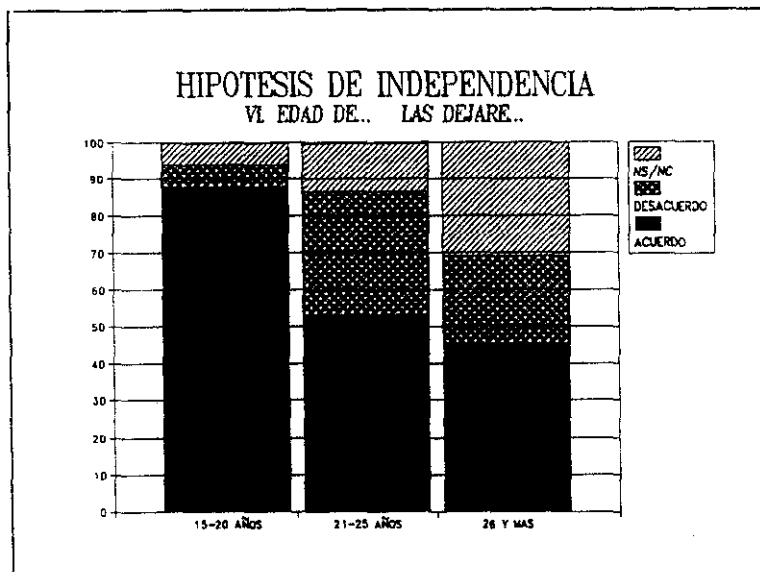


Gráfico 19

1.- ESTADO CIVIL

2.- PIENSO QUE DENTRO DE CIERTO TIEMPO DEJARÉ LAS DROGAS POR MI PROPIO ESFUERZO

El porcentaje más alto se da para los casados, con un 89% de acuerdo con la afirmación.

- 1.- CLASE SOCIAL
- 2.- PIENSO QUE DENTRO DE CIERTO TIEMPO DEJARÉ LAS DROGAS POR MI PROPIO ESFUERZO

El porcentaje más alto de acuerdo con esta afirmación se da para la clase social media-alta, con un porcentaje del 100%

- 1.- QUE DROGAS HAS CONSUMIDO
- 2.- PIENSO QUE DENTRO DE CIERTO TIEMPO DEJARÉ LAS DROGAS POR MI PROPIO ESFUERZO

Según el tipo de drogas consumidas, no existe un subgrupo de ellas que destaque entre las demás, siendo el porcentaje de acuerdo y desacuerdo bastante homogéneo. Por tanto, aceptamos la hipótesis de independencia entre ambas cuestiones.

- 1.- ESTA EN TRATAMIENTO DE REHABILITACION ACTUALMENTE
- 2.- PIENSO QUE DENTRO DE CIERTO TIEMPO DEJARÉ LAS DROGAS POR MI PROPIO ESFUERZO

Entre los que se encuentran en tratamiento, el acuerdo llega al 73% con un alto número de indecisos (NS/NC) del 18%

- 1.- HA INTENTADO DEJARLAS
- 2.- PIENSO QUE DENTRO DE CIERTO TIEMPO DEJARÉ LAS DROGAS POR MI PROPIO ESFUERZO

Entre los drogodependientes que han intentado dejar alguna vez la droga, los que lo intentaron pero no lo consiguieron opinan en un 72% que la dejarán por su propio esfuerzo. Los porcentajes más bajos en relación con esta afirmación se encuentran entre los que están en tratamiento y los que nunca lo han intentado dejar, con un 50 y un 57% respectivamente.

## HIPOTESIS DE INDEPENDENCIA VIL INTENTA... LAS DEJARE..

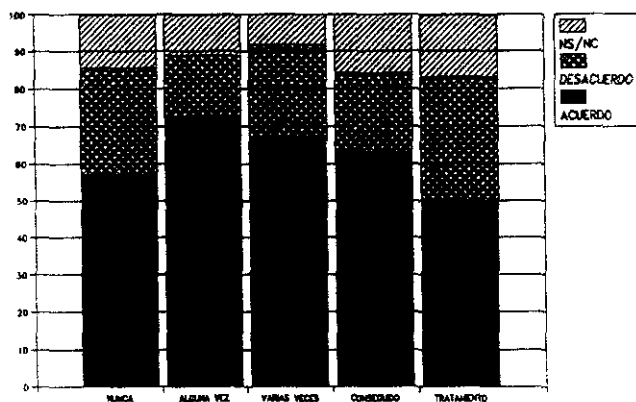


Gráfico 20

- 1.- DONDE VIVIR UN TOXICOMANO PARA DESENGANCHARSE
- 2.- PIENSO QUE DENTRO DE CIERTO TIEMPO DEJAR LAS DROGAS POR MI PROPIO ESFUERZO

Un 81% de los que utilizaron la cárcel para desengancharse opinan que dejaron la droga por su propio esfuerzo.

- D) 1.- ESTA EN TRATAMIENTO DE REHABILITACION  
ACTUALMENTE  
2.- LOS CENTROS DE REHABILITACION SON INDISPENSABLES PARA EL TRATAMIENTO DE LA  
DROGODEPENDENCIA

Realmente los drogodependientes que están en tratamiento actualmente tienen la convicción de que los centros de rehabilitación son indispensables para el tratamiento de la drogodependencia (91%), con un porcentaje del 9% de indecisos (NS/NC). esta cuestión no queda clara con las respuestas dadas ante la afirmación "pienso que dentro de cierto tiempo dejaré las drogas por mi propio esfuerzo". Para los que no están en tratamiento, el porcentaje de desacuerdo es del 23%, con un 9% de indecisos.

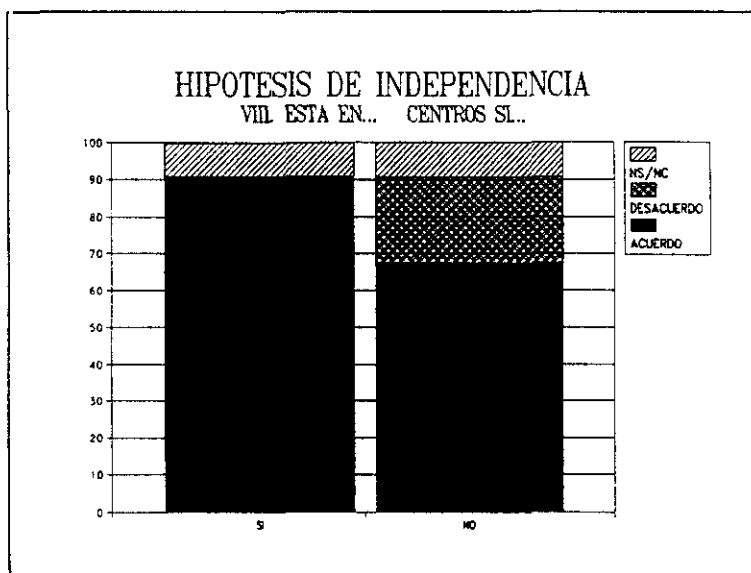


Gráfico 21

- E) 1.- ESTA EN TRATAMIENTO DE REHABILITACION ACTUALMENTE  
 2.- EN REALIDAD, EN LOS CENTROS DE REHABILITACION HAY NADA MAS QUE UN PORCENTAJE INSIGNIFICANTE DE TOXICOMANOS

Sabiendo que en un 91% un centro es indispensable para la rehabilitación (por la anterior cuestión), coinciden en un 81% tanto los que están en tratamiento como los que no los están, en que en los centros tan sólo se rehabilita a un porcentaje insignificante.

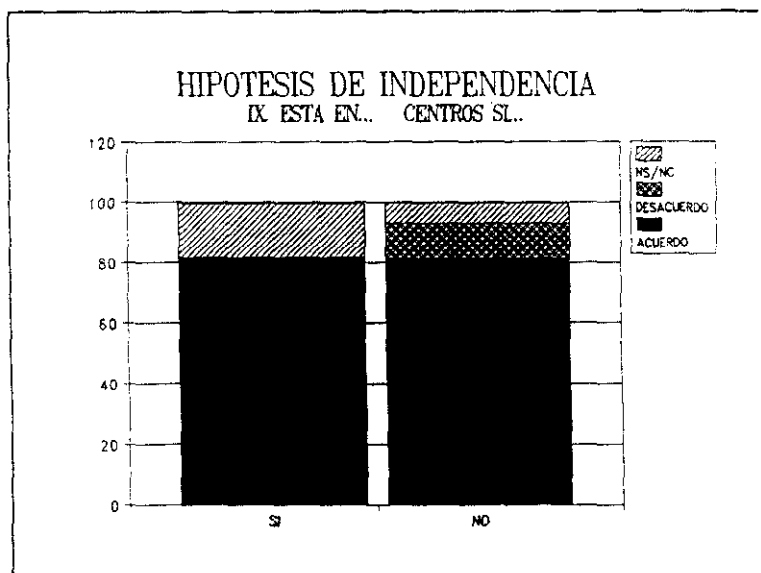


Gráfico 22



- F) 1.- ESTA EN TRATAMIENTO DE REHABILITACION  
ACTUALMENTE
- 2.- LA DROGODEPENDENCIA DEBERIA TRATARSE EN-  
HOSPITALES Y CLINICAS COMO OTRA ENFERME-  
DAD

Los drogodependientes que no se encuentran en tratamiento están de acuerdo con la afirmación en un 49%, mientras que entre los que lo están, el porcentaje no supera el 27%. El grado de abstención es del 9%

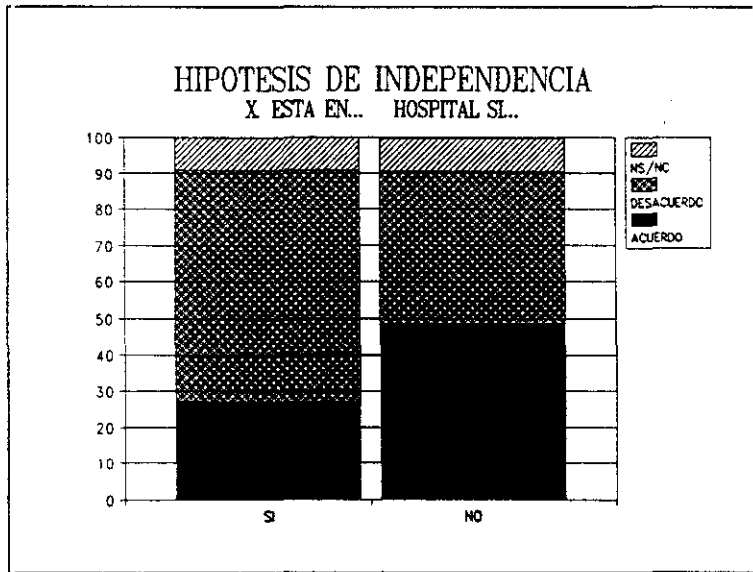


Gráfico 23

#### 4.- Delincuencia y penalización en Almería.

Es patente que los datos aquí registrados son una pequeña muestra de la delincuencia real. "Contra la salud pública", directamente; "contra la propiedad", indirectamente, acusan a los drogodependientes. Los datos son oficiales. (27)

##### 4.1.- Delitos registrados. Datos comparativos 1.987-1.988.

CUADRO I-3  
DELITOS COMETIDOS EN 1.987 COMPARANDOLOS CON LOS DE 1.988

DELITOS	1987	1988	Diferencia
Contra la seguridad	444	404	-40
Falsedades	84	109	+61
Contra la salud pública	246	368(1)	+122
Contra las personas	976	949	-27
Contra la honestidad	108	83	-25
Contra la libertad y seg.	446	708	+262
Contra la propiedad	8.537	11.088	+2.543
Imprudencia no tráfico	2	4	+2
Imprudencia tráfico	2.681	2.231	-450
Resto automóvil	159	170	+11
Leyes especiales	0	22	+22

(1) En estadística de la Audiencia se desglosan así:

##### PROCEDIMIENTOS PENALES.- DELITOS CONTRA LA SALUD PUBLICA : (En la provincia)

*	Tráfico y comercio de drogas ..	233
*	Otros delitos contra la salud pública (drogas) .....	84
*	Otros similares a los anteriores relacionados con la droga .....	51
	TOTAL .....	368

##### 4.1.1.- Análisis global.

Un examen global de estos incrementos y su comparación con las cifras de años anteriores permite establecer unas pautas generales suficientemente marcadas de los desplazamientos criminológicos de esta provincia, y así

resulta que se mantiene el índice a la baja de las infracciones como las de contra la seguridad interior del Estado, contra las personas y contra la honestidad, tipos delictivos que en los tres últimos años han ido decreciendo permanentemente, en tanto que otras infracciones como las relativas a los delitos contra la salud pública, contra la libertad y seguridad y contra la propiedad, mantienen, por contra una incesante tendencia al alza.

En estas coordenadas generales se puede afirmar la influencia perniciosa que en los incrementos delictivos tiene el tráfico y consumo de drogas, estupefacientes como factor criminógeno de primer orden, en el que forzosamente tendremos que detenernos más adelante, porque su influencia repercute, negativamente, en el ámbito de las otras infracciones, alcista de forma especial en los delitos contra la propiedad y, en menor medida, en algunas de las manifestaciones delictivas que atentan contra la libertad y la seguridad.

Por lo que a las causas económicas de la criminalidad se refiere, es incuestionable que en esta provincia el fenómeno social del paro tiene una incidencia evidente y contrastada en la actividad delictiva, pero tampoco debe potenciarse en exceso su repercusión en estos incrementos, pues las tasas de desempleo han permanecido estacionarias - incluso temporalmente han disminuido- en el pasado año 1.988. Si en el año 1.987 la cifra de desempleo se movió alrededor de las 30.000 personas en paro declarado, en el año 1.988 esta cifra virtualmente se ha mantenido, suponiendo unas tasas próximas al 20% de la población activa, por lo que no puede ser reputada a los efectos que aquí analizamos como causa determinante del aumento de las cifras delictivas, al no haberse producido correlativamente el aumento de las cifras de personas en paro y hasta haberse reducido, aunque mínimamente, la cifra porcentual. En definitiva, debe concluirse que la cuota que el paro o desempleo tiene en el fenómeno delictivo no ha variado sensiblemente en el año 1.988 y, por tanto, no puede encontrarse en este desgraciado fenómeno social una de las causas determinantes de aquel incremento delictivo, sin que ello quisiera significar, ni mucho menos, que se desprecie esta causa como factor criminógeno importante, pues si como parece evidente son los primeros empleos y, por tanto, los jóvenes los que vienen a engrosar las cifras de desempleados, en la ociosidad, la falta de estímulo personal y en el desencanto que tales situaciones, forzosamente produce en esas personas, se encontrará una de las bases determinantes de los desencadenantes delictivos de los jóvenes delincuentes.

Complementariamente esas circunstancias negativas resultan ser un excelente caldo de cultivo para el paraíso artificial del consumo de drogas y esta nefasta mezcla si que supone ya una cuota, parte muy importante de responsabilidad en la etiología delictiva. Comentaremos separadamen-

te los delitos que han experimentado aumento en el año 1988, y por otro lado, los que han disminuido.

FIGURA I-4  
VARIACIONES EN LA COMISION DE DELITOS

D E L I T O S	PORCENTAJE
Falsedades .....	+ 29,76 %
Contra la salud .....	+ 49,59 %
Contra la libertad .....	+ 58,64 %
Contra la propiedad .....	+ 29,78 %
Resto, automóvil y leyes especiales	(*)

(\*) - En porcentajes no expresivos ni indicativos.

Los delitos que han aumentado en el último año en relación con 1987 y el porcentaje correspondiente se refleja en el cuadro número I-4.

Comentaremos brevemente estos incrementos.

#### 4.1.2.- Especificación de algunos delitos.

- a) - De falsedad. El aumento porcentual en este tipo de delitos es notable aunque en todo caso, dentro de unos números globales bastante bajos.
- b) - Contra la salud pública: drogas ilegales. El incremento en este capítulo es muy considerable. Aun a riesgo de ser reiterativo con respecto a las memorias anteriores de la Fiscalía de Almería, y, posiblemente, con las de otras muchas Fiscalías del territorio Nacional, es obligado insistir en la realidad terrible de estos incrementos. Es cierto que la Ley de Marzo de 1988 estableció penas mucho más severas para los delitos de tráfico de drogas, pero también es verdad que los efectos penológicos de esta Ley apenas han comenzado a producirse, si tenemos en cuenta la fecha de su publicación, la mayor lentitud de los trámites del sumario que se absorbe a muchos por delitos contra la salud pública, y la repercusión que las sentencias del Tribunal Constitucional ha tenido en la menor producción de sentencias de los Juzgados de Instrucción, en el segundo semestre del año, por lo que tampoco los procedimientos que por salud pública se hayan seguido conforme a la Ley 10/80, habrán podido

llegar, en mucha proporción, al trámite de sentencia. Por todo ello, habrá que concluir que son escasas las resoluciones que por uno u otro procedimiento han llegado a aplicar las penas de la nueva Ley, por lo que, el efecto de prevención general que la repetición de sentencias dictadas conforme a la Ley nueva podría haber producido, de hecho aún no se ha conseguido.

Sí ha sido sensible el aumento de aprehensiones de heroína, sobre todo si se tiene en cuenta que no ha habido ninguna operación espectacular de grandes resultados y, por tanto, la cantidad global ha sido el resultado de la suma de una continuada serie de operaciones de no excesiva e incluso pequeñas cuantías, por lo que, aquí el esfuerzo policial sí ha sido meritorio. Lamentablemente, es el consumo de heroína el que va cobrando, imparablemente, y cada año más, mayor importancia en esta provincia. Dato significativo de este consumo puede deducirse de las ventas de jeringuillas hipodérmicas en las farmacias de guardia en días festivos. Según noticias fidedignas, uno de estos establecimientos suele vender en un Domingo más de un centenar de estos utensilios, de los que, por las características de los adquirentes, puede suponerse que más de un 90 por ciento son destinados a la inyección de heroína.

- c) - Contra la propiedad y relación con la drogodependencia. Este capítulo, en términos absolutos, arroja un incremento más elevado y superior incluso a los aumentos porcentuales ya considerables de los últimos años: En 1987, se registró un porcentaje de aumento de un 26,51 %; este año 1988, dicho porcentaje se eleva en más de tres puntos hasta llegar casi al 30 % de la delincuencia total. Si se tiene en cuenta que ya la cifra de partida en estas infracciones es muy elevada, habrá que concluir, un año más, que este tipo de delincuencia sigue siendo cuantitativamente el más importante de nuestro país.

Cualitativamente esta delincuencia sigue en aumento pero, por así decirlo, dentro de unos límites. En efecto, han aumentado los atracos a entidades bancarias y 1988 ha sido uno de los años más prodigiosos en hechos de esa naturaleza en esta provincia, pero así y todo el número de atracos ha sido 13 con

un botín global que se aproxima a los 27 millones de pesetas, siendo de destacar el hecho de que en ninguno de esos casos se produjeran víctimas ni se llegara a hacer uso de las armas empleadas por los atracadores.

En la observación de este tipo de hechos se detecta como dato curioso, se producen por oleadas. De los trece atracos a bancos, cuatro lo fueron en el mes de Enero, fenómeno que se repite con los asaltos a comercios o farmacias que, en una o dos semanas, se multiplican inusitadamente para después caer en periodos de mayor calma. La última serie repetitiva de estos hechos se ha producido recientemente con asaltos a vendedores de cupones de la O.N.C.E..

Otro dato, aunque en menor escala se puede decir de los robos por el procedimiento del tirón. En determinada fecha y sin causa aparente, se multiplican de forma alarmante para seguir después lo que podríamos llamar su ritmo normal. También parece que la relación mayor oferta de drogas-mayor delincuencia contra la propiedad debe de afirmarse en estos casos. El aumento de los hechos más graves de entre estos delitos contra la propiedad ha sido notorio.

Hay que destacar la importancia que en el fenómeno criminal ha ido adquiriendo de forma imparable el tráfico de sustancias estupefacientes. Ya no es sólo la delincuencia específicamente referida a los delitos contra la salud pública, que es la sede propia de estas infracciones, sino la valoración del fenómeno como factor criminógeno de primer orden. La proliferación de grupos más o menos organizados, de corte mafioso que, inevitablemente, este fenómeno marginal ha ido generando. Las muertes, tiroteos y violentas agresiones nunca suficientemente explicadas y en las que la colaboración de las víctimas, si viven, para contarlos suelen ser nulas.

La lucha contra este fenómeno defectivo por la vía de la represión, - sometida a críticas desde diferentes posiciones y perspectivas - viene chocando con un obstáculo más, que se proyecta sobre principios de la prevención general y que deriva de que el traficante de drogas muy frecuentemente suele ser también consumidor, y el consumi-

dor realiza determinados actos delictivos en función de la droga, es también en muchos casos, otra auténtica víctima de la drogadicción y terminan, los drogadictos, siendo verdaderos enfermos cuya imputabilidad queda o puede quedar disminuida en relación con aquellas infracciones, por lo que las respuestas judiciales cuando esas conductas - incluidas las del tráfico- son juzgadas y suelen ser especialmente suaves -a menudo inexplicablemente suaves-, al aplicárseles la eximente incompleta de enajenación mental, en muchos casos, con escasa o nula actividad probatoria, por lo que la prevención general queda así seriamente resentida y aquel toque de atención y advertencia que pretendiera la reforma de Marzo de 1988, puede quedarse, por esta vía, en un simple susto para quienes, dedicados a estos menesteres, llegaron a conocerla.

#### 4.2.- Medidas para contener la delincuencia: Apreciaciones.

Apreciación de las medidas, tanto sustantivas como objetivas, preventivas y reflexivas que el Ministerio Fiscal considera precisas para contener la evolución de la delincuencia.

##### 4.2.1.- Factores criminógenos más relevantes.

Si, los dos factores criminógenos más importantes en la actualidad y en esta provincia giran alrededor de la delincuencia relativa a los delitos de tráfico de estupefacientes y de los de contra la propiedad, en buena lógica las medidas que pudieran considerarse precisas para contener la evolución de la delincuencia deberían de centrarse especialmente en estos fenómenos delictivos.

##### 4.2.2.- Calificación penal de la drogadicción.

La inclusión de la drogadicción como delito, podría ser interpretada como una punición del autoconsumo, que siempre estuvo en nuestro país extramuros del Código Penal. No obstante, sí podría barajarse la idea de su inclusión como falta, pues parece claro que el libro 3º del Código Penal sanciona conductas socialmente menos reprocha-

bles y dañinas que la que ahora analizamos. En última instancia, la infracción administrativa también podría ser el cauce adecuado a la entidad del hecho, por más que esta fórmula chocaría, igual que la posible consideración como falta, con el inconveniente de la práctica inoperancia de estas sanciones que por ser administrativas o constituyentes de falta, impediría la detención del infractor.

#### 4.3.- Delincuencia Juvenil.

##### 4.3.1.- Criterio interpretativo de los datos.

El estado número ocho de las estadísticas judiciales dedica un epígrafe a la delincuencia juvenil, aunque concretado al número de condenados por sentencia firme, por lo que el dato, siendo desde luego fiable, puede no ser definitivamente efectivo de estos movimientos ya que también depende, evidentemente del número de sentencias dictadas y de mayor o menor retraso en el despacho de los asuntos en trámite. Si uno de los datos tenidos en cuenta para la estadística es el número de diligencias previas en las que, en principio no tiene por qué constar el autor, también sería interesante comprobar el desarrollo de esta delincuencia juvenil valorando el número de simples implicados en procedimientos judiciales. Como quiera que el delincuente es sólo el que por declaración de sentencia firme ha delinquido, es claro que el dato estadístico que se nos exige es, a pesar de todo, la perfecta referencia.

##### 4.3.2.- Cuadro Estadístico.

CUADRO I-11  
CONDENADOS MENORES DE 21 AÑOS

O R G A N O	1987	1988	DIFERENCIA
Audiencia.....	143	135	- 8
Juzgados.....	232	227	- 5
T O T A L E S ....	375	362	- 13

En la estadística de 1986, que tenemos a la vista, advertimos un descenso considerable: el número total de penados jóvenes fue de 482. Es cierto que hay datos técnicos que explican esta disminución permanente, pues en 1986 se dictaron más sentencias que en los dos últimos años; pero, con independencia de ello, no encontramos una explicación lógica a un factor de constante disminución que



cuesta creer que corresponda a la realidad, pues la observación o estadística lleva a pensar que el número de jóvenes de estas edades que realizan actos delictivos no va disminuyendo sino por el contrario, tenemos que vaya en aumento.

#### 4.3.3.- ¿Descuadre entre realidad y estadística?

Podría pensarse que este descuadre entre la realidad y la estadística tenga su explicación en la ineficacia policial-judicial que impide que los autores de estos hechos lleguen a la calificación de delincuentes juveniles sentenciados.

#### 4.4.- Aspectos penitenciarios.

Aumento y disminución del número de presos y penados -preventivos y condenados- que existen en los centros penitenciarios de la provincia, al 31 de Diciembre de 1988 y en relación con la misma fecha del año anterior.

En el centro penitenciario "El Acebuche", sito en el término municipal de esta ciudad, en fecha 31 de Diciembre de 1988 se hallaban internos 292 preventivos y 705 penados, lo que hace un total de 997 reclusos, cifra muy superior a la de 1987, y sobre todo, muy superior a las finales de 1986, en que el número de internos sólo era de 430.

##### 4.4.1.- Comparación de preventivos y penados:

AÑOS 1987 - 1988

C L A S E	31-12-87	31-12-88	DIFERENCIA
Preventivos.....	349	292	- 57
Penados.....	379	705	+ 326
T O T A L E S...	728	997	+ 269

La capacidad del centro es de 711 celdas, casi todas ellas adaptables con comodidad a dos ocupantes, por lo que el considerable aumento de internos respecto del pasado año, materialmente, queda explicado con este simple dato de la capacidad, y, en definitiva, supone el ingreso

de un número muy considerable de penados procedentes de otras provincias limítrofes, especialmente Málaga e incluso Sevilla y Cádiz, para el cumplimiento de condena.

#### 4.4.2.- Aumento de presos en más del 50 % en tres años.

Los incrementos reseñados fundamentalmente se producen en el número de penados, como corresponde a la naturaleza de este Centro que es de cumplimiento. Todavía no existe problema de espacio o habitabilidad en este Centro Penitenciario, sin embargo, sí parece que es grave el problema de personal, en concreto, de los funcionarios que están destinados a esta prisión que, según manifestaciones de representantes sindicales hace que sea una de las menos seguras de España. Independientemente sí parece que la plantilla de funcionarios es la misma que había en el momento de la inauguración del Centro hace tres años, en que el número de internos rondaba los 400, este año 997 internos.

#### 4.4.3.- Déficit de Funcionarios.

En la actualidad, un solo funcionario presta servicios en un módulo con 100 internos. En turno de noche, un solo funcionario tiene que estar a cargo de 300 reclusos. Parece que la política de rehabilitación y resocialización de los internos, que en gran medida depende de la eficacia del funcionariado de prisiones, difícilmente tendrá éxito. Por otro lado, en la actualidad un número no excesivo pero sí importante de internos, pertenecen a organizaciones terroristas -(ETA y GRAPO)- que precisan y consumen especiales actividades de los funcionarios, el problema aún se complica más, especialmente en lo que a las condiciones de seguridad se refiere. Esta situación es puesta de manifiesto con cierta periodicidad por los representantes de los funcionarios, en los medios de comunicación, por lo que nos hacemos eco de ella.

#### 4.4.4.- Clases de delitos, número de penados y porcentajes.

A continuación expondremos los hechos delictivos que determinaron aquellos internamientos así como otras circunstancias de interés relativas a los internos, con indicación de los porcentajes correspondientes.

CUADRO IV-2

D E L I T O S	NUM. PENADOS	PORCENTAJE
Propiedad .....	520	52,16
Personas .....	92	9,23
Salud Pública .....	298	29,89
Terrorismo .....	7	0,70
Resto delitos .....	80	8,02
T O T A L E S .....	997	100,00

El porcentaje más elevado corresponde a los delitos contra la propiedad y, sin embargo, ha bajado respecto al del año pasado, que se elevó al 63,46 por ciento. Se ha incrementado considerablemente el número de internos por delitos contra la salud pública, el año anterior este porcentaje se cifró en 17,44 por ciento. Especial consideración merece el número correspondiente a delitos de terrorismo, por la peculiaridad de estos internos, que obliga a un tratamiento diferenciado y, en algún caso, problemático, como sucede con la mayoría de los terroristas recluidos en este Centro pertenecientes a la organización terrorista ETA. Este número oscila coyunturalmente de los siete que se recogen en el anterior cuadro hasta 11 o 12 de otras fechas. El comportamiento de estos internos dentro del Centro es normal, entendiéndose por ello el mínimo trato que mantienen con los funcionarios, que queda limitado a lo estrictamente oficial y necesario, así como el resto de los internos hasta el extremo de protagonizar movimientos de protesta cuando ingresan en su módulo otros presos que ellos consideran comunes y no políticos. Su comportamiento en prisión, como es sabido, obedece a esquemas paramilitares de obediencia a un jefe y respuesta en bloque a las consignas que desde la organización les llegan.

#### 4.4.5.- Clasificación de penados: Por edad, sexo, nacionalidad y otras variables.

- Por edades:

CUADRO IV-III

E D A D	NUMERO	PORCENTAJE
De 16 a 20 .....	36	5,35
De 21 a 25 .....	157	23,33
De 26 a 30 .....	288	30,91
De 31 a 40 .....	165	24,52
De 41 a 60 .....	94	13,96
Más de 60 .....	13	1,93

- Por sexo:

CUADRO IV-IV

S E X O	NUMERO	PORCENTAJE
Hombres .....	946	94,84
Mujeres .....	51	5,11
T O T A L E S .....	997	100,00

- Por nacionalidad.

Los extranjeros, al 31 de Diciembre de 1988, poseen las siguientes nacionalidades:

CUADRO IV-V

N A C I O N A L I D A D	NUMERO
Marruecos .....	151
Reino Unido .....	14
Francia .....	10
Italia .....	9
Alemania .....	8
Líbano .....	4
Nigeria .....	4
Holanda .....	3
Austria .....	2
Dinamarca .....	2
Pakistán .....	2
Portugal .....	2
Senegal .....	2
Uruguay .....	2
Afganistán .....	2
Irán .....	2
Colombia .....	1
Egipto .....	1
Ghana .....	1
Suiza .....	1
Venezuela .....	1
India .....	1
Sudan .....	1
Trinidad .....	1
Grecia .....	1

El número global de internos de nacionalidad extranjera asciende a 237, en tanto que el pasado año fueron de 202 y mucho más reducido en los años anteriores. La causa de este elevado número radica fundamentalmente en que la mayor parte de estos internos han sido condenados por órgano jurisdiccional de la provincia de Málaga, donde, como es sabido la proporción de extranjeros condenados por hechos delictivos realizados en España es bastante alta.

- Por habitualidad personal.

CUADRO IV-VI

HABITUALIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Primarios .....	343	48,65
Reincidentes .....	363	51,35
T O T A L E S .....	705	100,00

Se mantiene el porcentaje de reincidentes del año 1987, que fue de 52,51 por ciento.

- Por grado de tratamiento.

CUADRO IV-VII

G R A D O	NUMERO	PORCENTAJE
Primero .....	50	7,09
Segundo .....	385	54,61
Tercero .....	63	8,93
Sin clasificar .....	207	29,37
T O T A L E S .....	705	100,00

Este factor de convivencia en Centro Penitenciario de internos de diverso grado, complica grandemente el tratamiento de los internos y dificulta en gran medida la labor de los funcionarios que tiene que diversificarse, pese a su insuficiente número, entre las atenciones y funciones de la vigilancia y asistencia tan distinta que supone uno u otro grado de tratamiento.

Los datos aquí ofrecidos se han tomado de la "Memoria-1988" de la Fiscalía Provincial de Almería. Para concluir, hago mía la reflexión de Rafael Martínez Miranda ("Cárcel y Droga"): El 92 por ciento de los chicos que ingresaron el pasado año en el Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona, presentaba algún problema de toxicomanía, según un informe hecho público recientemente. En éste se incluyen también las víctimas del alcohol.

Un dato muy curioso es que tan sólo un 4 por ciento han mostrado interés por someterse a tratamientos médicos y sólo un 3 por ciento de los familiares han solicitado que sean sometidos a la cura oportuna. Posiblemente estos datos de Barcelona sean iguales en todos los Centros Penitenciarios de España. Lo que no sé es si se han hecho estudios sobre cuántos jóvenes salen de la cárcel con problemas de drogas. Posiblemente los pocos que no los tengan al entrar sí los tengan a la salida. Sería intere-

sante saber -ya dijo algo la Fiscalía General del Estado- no ya cuántos delincuentes son drogadictos, sino el número de delitos que se cometen a causa de la droga, para obtener dinero y poder comprarla. Aunque los drogadictos no cometieran ningún delito, el problema ya sería gravísimo por el daño que en su cuerpo y en su personalidad están recibiendo estos niños, estos jóvenes, estos adultos. No hay que mirar sólo el problema que crean, sino el problema que tienen.

Pero el problema que crean a toda la sociedad también es importante. Sin droga, la paz social se vería alterada muy pocas veces. La droga destroza al ser humano y agrede a la sociedad. Pero es un buen negocio para quienes no les importa tener las manos llenas de esta sangre".(28)

5.- Resumen de los contenidos expresados en las entrevistas individualizadas: lo que ellos dicen

"El que sabe más de sí mismo es el propio cliente". (Carl C. Rogers)

Por centrarse todo nuestro estudio en el sujeto toxicómano almeriense, queda justificada su extensión, así como la expresión testimonial, aún cuando sea en síntesis, de su propia personalidad manifestada en la entrevista con gran empatía, en amigable comunicación, sin posible atisbo de denuncia, ni condena de su propia situación. Todos y cada uno, a su modo y manera, han manifestado la necesidad de abrirse, de ser oídos, de ser aceptados, de tener alguien que comprenda su enfermedad, sin enmarcar con moralismos pecaminosos su propio historial.

La no directividad. La entrevista discurría con espontaneidad, sin esquema, sin orden lógico. En ocasiones, mi rol de entrevistador se reducía a ser animador con preguntas sencillas: modo de iniciación en la droga, relación con los amigos, amistad con personas de otro sexo, comunicación con los miembros de su familia, adquisición de dinero para el consumo de drogas, fármacos con receta, primera detención, cómo iniciar su curación, contar el delito que estiman de mayor gravedad, qué estimas que yo puedo hacer por tí,... ¿juntos?...

El tiempo situacional de los 54 toxicómanos que forman la muestra: en libertad, en prisión, en el momento en que tuvo lugar la entrevista:

SEXO	LIBERTAD	SIGLAS	PRISION	SIGLAS	EXPRESIDARIOS EN LIBERTAD
Hombre	24	HL	16	HP	9 de 24(HL)
Mujer	4	ML	10	MP	1 de 4(ML)
TOTALES	28		26		(10) expresidarios

Universo: 54

En libertad: 28. De los entrevistados en libertad 10 eran expresidarios.

En prisión: 26. sumados los 10 expresidarios son 36 con experiencia carcelaria. De 18 no consta que hayan estado en la cárcel, aunque alguno de ellos pudiera haberla padecido. Las variables libertad/prisión no figuran en el cuestionario.

A continuación de su sigla lleva cada persona un número de identificación. Las entrevistas "in extenso"

están en el Apéndice y lleva cada una un número clave entre paréntesis, que identifica la entrevista y cuestionario en mi archivo particular.

### Hombres en libertad

\* Esnifante. Iniciado por un amigo. Inyectarme: coste diario 25.000 ptas. Nunca me faltó trabajo. Estoy ingresado en "Nuevo Rumbo", Comunidad Terapéutica. (HL-1)

\* Empecé a los 14 años. Tengo mal criterio de "El Patriarca". Me inyecté a los 16 años, siendo "Camello"-consumidor. Cuando no vendía pasaba unos "monos" que me quedaba listo. Vender es la mejor manera de poder consumir, por lo cara que está la droga. Pillé hepatitis y sífilis, por contagio. La droga hace a uno impotente sexual. Conozco chicos/as que se prostituyen para poder drogarse. Me hacía incommunicable con mi familia, como si estuviese loco. La heroína hace a la persona antisocial, cerrado en uno mismo. (HL-2)

\* Comencé porque en mi barrio, La Chanca, fumaban "porros" todos. Tenía miedo a ser rechazado por los jóvenes de mi barrio. Atraqué a un italiano, en la calle, y le robé 3.000.000 de ptas. No me cogieron. Un chico me dijo: "yo lo he dejado; déjalo tú". Me puse en cura. Salí del Centro. A los dos días estuve a punto de recaer. Teniendo el pinchazo en vena, eché marcha atrás y no me inyecté. Me había costado un gramo de heroína 70.000 ptas. El mono me da verdadero pánico. Me ponía a morir. Deseo ayudar a los demás. El que me ayuda es como mi padre. es necesario control de los Centros de Rehabilitación, como "El Patriarca", que es un inegocio!. (HL-3)

\* La sociedad y el capitalismo crean las situaciones facilitadoras del consumo de drogas. No se debe tratar como toxicómano al que ha probado la droga. Conozco varias redes que facilitan el consumo. Farmacias que, sin receta, venden pastillas... Vendedores callejeros de Rohipnol a 200 y hasta 500 ptas. cada comprimido, para consumirlo con alcohol. He probado toda clase drogas. Empecé a tomar contacto con "porros" cuando estaba interno en la Escuela-Hogar. Estuve tres días en coma por intento de suicidio, con barbitúricos. (HL-4) Nota: intervine como Psicólogo Clínico en su recuperación. Mi opinión: un profesor ácrata, en BUP, pudo tener gran influencia sobre su débil y adolescente personalidad.

\* Psiquiatras: te atiborran de pastillas. Sanatorio: te atiborran de pastillas y sales peor. Muerte de un amigo: Serafin había comprado y pagado heroína y le dieron "lo que fuese". Se pinchó en su casa y murió. Lloré su muerte. He pasado por tres centros de rehabilitación.



Comencé a los 12 años, en La Chanca, con Hachís, alcohol. Con heroína a los 16 años hasta los 20. Espero ingresar en "Nuevo Rumbo". Estoy casado y tengo un hijo. La heroína me hizo impotente sexual. Tengo 23 años, he tomado grandes cantidades de Rohipnol, metadona; fármacos recetados a nombre de mis familiares. La morfina que recetaban a mi abuelo, que padecía cáncer... gastos cuantiosos sacrificando la economía de mis padres y la de mi esposa. (HL-5)

\* Padre alcohólico; abuelo paterno alcohólico, también. Ambos viven en un pueblo de sierra, donde suele beberse mucho. Mis padres están separados. Yo vivo con mi madre y una hermana, menor que yo, en un barrio periférico de la capital. Dicen, en mi pueblo que mi familia, por línea paterna, padece cierta locura; pero yo creo que no mucha. Mi dedicación: la ociosidad, juntarme con el grupo de jóvenes progresistas y probar novedades: el "porro", el Rohipnol, con la litrona de cerveza, esnifar el "polvo", "picarse"... Yo no me he picado nunca. (HL-6)

\* Padres separados cuando yo tenía cinco años. Tengo un hijo de 7 años. Vivo con mi madre y otro hermano de 23 años. La madre de mi hijo está casada con otro y tiene una niña de tres años. Estuve preso, por robo, cuando era casi un niño. Mire las cicatrices de mis brazos, por venas cortadas en varias ocasiones en mi casa... por no cortar el cuello a la madre de mi hijo. No hay amor de padre, solamente existe amor de madre. (HL-7)

\* He estado preso, fuera de Almería, en cuatro cárceles. En la de Almería varias veces. Muestra cortes en sus venas: 22 en su mano y brazo izquierdo; 12 en su mano y brazo derecho. Al menos 10 intentos de suicidio. Muchos tatuajes; en la mano derecha: "Amor de madre"; en la izquierda: "Estoy - y una flecha que baja a una mosca dibujada - mosca". He intentado la rehabilitación en tres centros. Fracaso total. He probado toda clase de drogas. En la actualidad consumo estos fármacos: Tepavil fuerte y estos otros, por orden de mi preferencia: Rohipnol, Buprex (con morfina), Alción 0,25. Castración que producen algunas drogas: la heroína (caballo), Rohipnol, Meleril, Largac-til... cortan la salida del esperma. Te dejan hecho polvo. (HL-8)

\* Mi parecer sobre los centros de rehabilitación es que, por ser nuevos, carecen de una línea de actuación eficaz y real. Sigo tratamiento en el Centro Provincial de Drogodependencias. (HL-9)

\* Soy heroinómano con siete meses de abstinencia. Sigo manteniéndome con el apoyo de tratamiento en el Centro Provincial de Drogodependencias. (HL-10)

\* Empecé hace unos tres años con "porros" y anfetaminas. Hay gran facilidad, en mi barrio, para adquirir droga, donde hay bastantes chicos drogadictos. Sé de muchos

robos hechos por mis amigos, cometidos para la droga. Hago sufrir a mis padres y a una hermana casada.

Costos: por 10.000 ptas. me vendían casi medio gramo de heroína pagando al contado. Tengo muy buena profesión, pero es imposible ponerme a trabajar. Cobro el desempleo y antes de cobrarlo ya lo tengo empeñado.

Amigos: los conozco que no se "pinchan" y toman litrona de cerveza con Rohipnol y da vergüenza verles borrachos a todos juntos.

La compañera: he vivido tres meses con... morena, elegante, dependiente en... Teníamos una casita alquilada en el suburbio "El Puche". Gastábamos, al principio 15.000 ptas. diarias en droga. Ella se dedica, ahora, a la prostitución en la "Gata Negra". No me relaciono con ella ni con ninguna.

Padres: mi padre no entiende cómo he podido enfermar así. Mi madre sale corriendo a comprar la droga, en cuanto comienzo a quejarme de que se me echa encima el síndrome de abstinencia. (HL-11)

\* Comencé a los siete años con "porritos", en unión de amigos; yo era el jefecillo. A los ocho años me metieron en el "Jesús Redentor" -Reformatorio-, por robo, con otros amigos, del bolso a una anciana. A los 15 años detenido, por robo de armas: dos escopetas de caza y una repetidora en una furgoneta de cazadores, en la zona de Roquetas. Me llevaron a la cárcel. Un amigo me traicionó. Cárceles recorridas: Almería, cuatro veces; Jaén y Ocaña. A los 18 años estuve secuestrado, por la Policía Municipal; me pegaron. Me llevaron al Psiquiátrico, de donde, a los tres días, me escapé. He viajado por Madrid, Algeciras, Cádiz... viviendo del robo para la droga. (HL-12)

\* Nací y vivo en La Chanca. Alguna vez me embarco. En esta vida que llevo lo paso mal en la calle; y en la cárcel fatal. Allí en la cárcel, no se pilla nada de dinero. He estado preso dos veces. He pagado, por la libertad, como fianza 40.000 ptas., una vez y 30.000 otra. Las pagué con robos. Mil pesetas en el bolsillo es un amigo. Mi madre iba a verme a la cárcel; amigos míos ninguno. (HL-13)

\* Empecé a los 15 años, con "porros" y pastillas de la farmacia. En la cárcel cuatro años. Cárceles recorridas, además de Almería: Barcelona, Granada, Murcia, Carabanchel. Estoy separado de mi legítima mujer; tengo una hija, no reconocida, con otra. Mi padre se suicidó; bebía mucho; dejó seis hijos. Mi madre huyó de Balanegra (Almería) a Cataluña de donde yo he venido huyendo de "busca y captura". Estuve en la Legión. Tengo, por amigo, a J.B. (Se refiere a HL-8). Cuenta algo de la historia de esta gran amigo suyo. (HL-14)

\* Empecé a los 13 años. Fabrico "el chocolate"; lo hago de esta manera...

Preso: además de haber estado en el Reformatorio,

en las cárceles de Almería, Liria, Granada, Valencia. Tatuajes: varios, uno de ellos, en una paletilla: "una rosa, en rojo, y una pistola, parte de ella encima de la rosa, en negro". Manifiesta que esto quiere decir: "es la sociedad del hampa; queremos terminar con toda la policía y con todas las leyes". Listado de amigos drogadictos que conozco por sus mote: recuerdo 22, que son... (HL-15)

\* Tengo 17 años. No he tenido nunca el síndrome de abstinencia. Mis padres saben que me drogo. Me he pinchado en mi propia casa. Sexualmente me siento marginado. He fracasado en mis estudios en BUP y también en FP a donde pasé desde BUP. Amigos: "Opto por la soledad". Conozco 15 sitios donde comprar droga. Vivo en el barrio de los Angeles. Leo mucho. Mis autores preferidos: Nietzsche y Larra. (HL-16)

\* Empecé a los doce años a traficar. Ahora me encuentro internado, por robos. Mi historial es notable entre los drogadictos del barrio de La Chanca. El lugar donde me "picaba", "El Tunel del Pito", es donde íbamos a pincharnos niños/as. Conozco 40 sitios de venta de droga. Yo era "camello" al mando de mi padre. (HL-17)

\* Escribe:..."El camino que nos ha llevado a no diferenciar lo que está bien de lo que está mal, lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto. Siempre funcionamos reactivamente: a tal estímulo tal respuesta rápida; sin analizar. O sea, siempre reactivamente, nunca analíticamente. Esto, y el entorno en donde se crió una persona, que está en el infierno y necesita que le ayuden". Conocimientos: en La Chanca conozco a casi todos los vendedores, especialmente en Cuevas de las Palomas (a) "Barrio Negro". Los conozco personalmente hasta por sus apodos. ¡Cómo vigilan a la policía!. En el barrio de "El Puche", igualmente, es difícil vigilar a la policía, pero se la vigila. A mí nunca me han cogido. Conozco bien a Isa, como peligrosísima; también en carretera. Lo mío es robar, sin agredir. Adulteración de la droga: hasta cal por droga; pero los vendedores fijos son de fiar. En cuanto al precio no hay rebaja, "no damos abasto para vender toda la que nos piden, pues escasea". Internados: Me han tratado en Narconon (Iglesia de la Cienciología -secta-): en Peñíscola, tres meses; en Alcalá de Guadaira, dos meses. En Nuevo Rumbo, Atochares (Almería). Aquí abandoné, sin terminar el tratamiento. Me casé a los 16 años, en Levante. Ella también tenía 16 años. La abandoné y me vine con mis padres a Almería. Me uní a otra mujer, aquí, con la que tengo un niño. Ella está con el niño en casa de su madre, y yo, en la de mis padres desintoxicándome, cuando tenía que haber un Centro de Rehabilitación con internado. Hay que diferenciar entre el toxicómano sociable con la familia y que sólo se dedica a hacer cosas pequeñas para conseguir las dosis que necesita, y que siempre está intentando quitarse, porque no le gusta robar; y, por otro lado, el drogadicto navajero, que tira a las señoras mayores, le pincha a

alguien, y que nunca quiere quitarse de la droga. (HL-18)

\* Empecé a los 14 años. Veía lo bien que se lo pasaban mis amigos de La Chanca y caí en la heroína. El día que más me he pinchado siete u ocho veces; veintitantas mil pesetas. La policía me ha llevado muchas veces, pero nunca me ha privado de libertad, por ser menor de 16 años. Somos ocho hermanos, yo el segundo. Sitios de venta que conozco: trece de chocolate y ocho de heroína. Estoy confiado en que domino la droga y no la droga a mí. Estoy contento del tratamiento que me han hecho en el Centro Provincial de Drogodependencias, donde me han desintoxicado. Por ahora no me da el mono. Creo que ya no me dará más. (HL-19)

\* Empecé a los 14 años, con hachís; a los 20, a pincharme; a los 21 entré en la Legión; seguí pinchándome. Familia: hace seis meses que vi a mi madre por última vez. Hace cuatro años que no veo a mi padre. Tengo un hermano drogadicto y alcohólico. No nos juntamos. Cárceles en las que he estado: Castellón, la Modelo de Barcelona, la Cárcel vieja de Almería y la nueva de El Acebuche. Me recetan en la Bola Azul, para poder sedarme. Lo que más me gusta es Rohipnol, pero ya no venden sin receta. Me he llegado a pinchar en un día diez veces. Como, al mediodía, en el Comedor de las Hijas de la Caridad, por doscientas pesetas o por nada. (HL-20)

\* Empecé a los nueve años con hachís y Rohipnol en litrona de cerveza, entre amigos. Heroína a los 17 años; al día dos "taleguillos" a mil pesetas cada uno. Con la coca esnifada llevo dos años; también fumo la cocaína, que se llama "China". Detenciones: cuatro veces. La primera a los 14 años. Me tiré dos años en el Centro de Reforma "Jesús Redentor". La segunda detención a los 16 años, llevado a la Comisaría y al Juez; éste me soltó. La tercera vez, diez días preso. La cuarta a los 18 años, por tirón. Estuve en el Acebuche 21 días. Familiares que tengo en El Acebuche: tres por delitos referidos a la droga. Amigos, igualmente presos: ocho. Amigos drogadictos en libertad: diez. Amigas, en libertad: ocho. A todos ellos les conozco por sus apodos. Sitios de venta de conocidos en toda la capital: de hachís, 15; de heroína y cocaína, 50. (HL-21)

\* Pertenezco al barrio de La Chanca. Trato de curarme en el Ambulatorio de Medicina General de Pescadería. De este modo evito ser reconocido como drogadicto ante la gente que me conoce, pues voy como un enfermo más a mi médico. (HL-22)

\* Al igual que el anterior manifiesta: estoy en tratamiento con el médico de la familia en la Casa del Mar. (HL-23)

\* Evitando ser tratado, por mi familia y por las gentes del barrio de La Chanca, como drogadicto-delincente, acudo al Ambulatorio de Pescadería para que uno de los

médicos, joven y con fama conquistada en el ambiente de que trata a sus pacientes con gran atención, sea para mí médico-amigo. (HL-24)

### Hombres en prisión

\* Soy el hijo menor. Mi familia ha subido a un mayor bienestar. Cuando no consumo droga es porque no puedo hacerlo. Desconfío que pueda volver a ser una persona normal, tras haberme dado a la droga. En la prisión de El Acebuche por delitos contra la propiedad privada, para conseguir la droga. (HP-1)

\* Gracias a estar en la cárcel, -El Acebuche- me he librado de la droga. Sí, no es imposible. Considero que la droga es la culpable de que yo esté, en este momento, preso. Mis delitos son contra la propiedad, para adquirir y administrarme la droga. (HP-2)

\* La droga es la causa de estar en las situaciones en que me encuentro y la causa de estar rechazado por mi familia. Causa de estar en prisión: el robo para las veinte o veintisiete mil pesetas diarias, que necesitaba para consumo de droga cuando estaba en libertad. (HP-3)

\* Deberían de plantear algún plan ideado por personas responsables de la droga, en nuestro país. No conozco el Plan Nacional sobre Drogas. En la prisión consumo marihuana... no heroína. Esto lo manifiesta como gran secreto. Estoy en El Acebuche por robar para comprar la droga. (HP-4)

\* La cárcel me ha ayudado a dejar de consumir heroína y otras drogas. Miedo me da que en libertad caiga, de nuevo. Estoy aquí por robos, para adquirir droga. (HP-5)

\* La droga vale para darle a uno la ruina. La Policía también negocia en la droga y luego, por los chivatos, meten en la cárcel a los que consumimos heroína. Soy "camello", para poder satisfacer la necesidad de mi consumo. Estoy preso por varios delitos contra la propiedad y por ser "camello". (HP-6)

\* El haber pasado por el Sanatorio Psiquiátrico, para desintoxicación, la estricta vigilancia de esta prisión moderna me ha llevado a reducirme y fumar muchísimo tabaco. Preso por delitos de robo. (HP-7)

\* Estar en la cárcel y sin dinero me han conducido a no drogarme con heroína. Preso por robos. (HP-8)

\* La ruina que me he buscado ha sido por la heroína. He sido condenado por dos causas a cinco y dos

años. Tengo pendientes otras tres causas: por una me piden 10 años de cárcel; por las otras dos no lo sé. Soy casado y tenemos una niña de tres años y siete meses. Esposa e hija viven heroicamente. Tengo 22 años, sin ninguna esperanza de libertad en muchos años. He nacido y crecido en La chanca. (HP-9)

\* Para mí la droga es una plaga social muy grave, tanto fomentada por una parte, a nivel de interés económico, como al no ser cortada drásticamente por el poder. ¿Enfermedad moderna o arma nueva?. Preso como "camello" desde Tailandia. (HP-10)

\* El problema de la droga debería ser tratado en un proyecto individual. Yo creo que todos los drogodependientes tienen sus razones individuales para usar drogas. La rehabilitación de una persona puede ser relativamente fácil; pero la reincidencia puede ser el mayor problema. (HP-11)

\* Empecé a los 38 años. Creo que hay muchos "camellos" porque no tienen trabajo. Perjudican a la humanidad. ¿Por qué la autoridad española no les coge? Preso varias veces. Facilísimo conseguir la droga: cara, siempre adulterada. Además de "camello" soy consumidor. (HP-12)

\* Empecé a los 13 años. La droga fácil de conseguir. Un gramo de hachís 500 ptas. Conozco muchas casas de venta. "Camellos y canallas" nos quitan los billetes y se llevan la vida. Deberían destruir, por quien proceda, y todo de una vez. Muchos niños se están metiendo en todo esto y les va acostar la vida. (HP-13)

\* Empecé a los 17 años. Fatalidad de juntarme con amigos... Amargura familiar y de ambiente; esperanza de un futuro distinto. Relaciones hostiles con mi padre, alcohólico. Mi barrio, La chanca. Preso por robos. (HP-14)

\* Un amigo dice qué es la droga; la pruebas, te gusta y te enganchas. Luego rechazas al amigo que te enseñó a engancharte; luego pones la voluntad para desengancharte lo mismo que uno puso la voluntad para engancharse. Yo me enganché tres veces y me he desenganchado. Preso por delitos contra la propiedad. (HP-15)

\* Empecé a los 13 años. Llevo casi cuatro años preso. He estado preso por tres veces: tres años; cinco años y ahora la condena es de cuatro años, faltándome siete meses para salir. Algunos de mis delitos han sido: robos en una joyería y Caja de Ahorros, y otros de menor importancia. Creo que la mayoría de los que entran a curarse en las granjas, cuando salen de ellas, buscan, como locos, las drogas otra vez. Los que matan -vendiendo drogas- no pagan. Confidentes de la policía, que son drogadictos y camellos, están en plena libertad. (HP-16)

### Mujeres en libertad

\* La sociedad y en ella, el egoísmo son los culpables del consumo y de las drogodependencias. Las personas usan y abusan de las personas: su pareja; su coche; su chalet; su..., sin preocuparse de los demás. Es necesaria una creencia en Dios para salir de estas situaciones sociales. El trabajo, que no me gusta, me atormenta. Busco una salida para la droga, será mi liberación. Estoy divorciada, por abandono del esposo, que se fue con otra y me ha dejado dos hijos. No formo pareja con hombre alguno, por ahora. (ML-1)

\* Heroinómana con dos años de abstinencia. Sigo tratamiento de apoyo en el Centro Provincial de Drogodependencias. (ML-2)

\* Muchos robos. Cárcel dos veces, por 72 horas. Juicios, cuatro. En heroína me gasto, en un día: de día 10.000 ptas, por la noche más de 10.000 ptas. En un sólo día he gastado de un gramo a gramo tres cuartos: 27.000 ptas. Tres meses he vivido junto con mi novio y otra pareja en un mismo piso, todos drogadictos. Mi novio cumple condena de cinco años y tiene otros juicios pendientes. En el Acebuche hay droga: hachís, pastillas. Droga es igual a ruina. He gozado bastante. He sufrido mucho y he hecho sufrir muchísimo a mi familia. Conozco 18 sitios de venta, en La chanca. Se venden, principalmente, heroína y hachís. Para con la bebida: Rohipnol, Diacepan, Lexatin. Tomar Rohipnol y beber vino con casera es de uso frecuente. Lo que más satisface es la heroína. "La heroína es de uso frecuente. Lo que más me satisface es la heroína". La heroína es algo así como cuando una mujer está enamoradísima de un hombre. El hombre la pega y la hace sufrir, pero no puede vivir en su ausencia... La drogodependiente de la heroína no puede vivir sin ella. (ML-3)

\* Estoy en tratamiento con el médico de medicina general de mi barrio, La chanca. Frecuentar los centros especializados en drogodependencias descubriría que soy toxicómana ante los demás pacientes y familiares de éstos, lo que sería ignominioso para mí y para mi familia. (ML-4)

### Mujeres en prisión

\* Me gustaría que en vez de detener y meter en la cárcel a los consumidores de droga, que no soluciona nada, intentaran detener el tráfico y ayudar un poco más a los consumidores. Ayudarnos a superar la enfermedad. ¡Por favor, más ayuda! (MP-1)

\* Opino que la droga es la causa de mi estado actual. También opino que la falta de cariño por parte de mi familia me ha llevado a consumir la droga. No sé leer ni escribir. (MP-2)

\* Con sinceridad tengo deseos de comunicación profunda con alguien que sintonice conmigo. Tengo influencia en las demás. Mi condena me priva de libertad por muchos años. (MP-3)

\* Creo que el toxicómano/a es la persona que por causa de la sociedad y la rutina busca otro ambiente dentro de sí mismo, ya que fuera de uno mismo todo sigue igual. El mono es una palabra que se la ha dado la droga... Yo pienso que una persona, digamos sana, no pasa mono, sino sólo psicológicamente; no físicamente. Algunos toman Rohipnol antes de que los síntomas de abstinencia sean muy fuertes. Duermen; despiertan; comen; duermen... En El Acebuche por varias condenas. (MP-4)

\* Me gustaría para todas las drogadicatas y por mi parte, que la familia y los demás pudieran ayudarnos. Y encontrar a personas que nos quieran y nos den cariño y no desprecio. Rechazo públicamente, con horror, toda comunicación con mis padres. Renuncio, para siempre, incluso a mi propia madre. (MP-5)

\* Hay que tener una fuerza muy especial para superar esto. Yo me creo que es inaguantable. Hay que terminar con el tráfico, pero a gran escala. No hay otra posibilidad. Estoy presa por delitos de robo, para la compra de droga y por "camella". (MP-6)

\* A la pregunta 7 del cuestionario, sobre a qué clase social perteneces: "alta, media, baja", contesta poniéndose en pie silenciosamente creyendo que se le preguntaba por su estatura. "Hable llano", me decía. Estoy presa por "camella" y por robos. (MP-7)

\* El drogadicto/a necesita mucha comprensión, no dejarlo, porque al quedar enganchado pasa a ser un enfermo/a y por ella -por la droga- hemos hecho de todo: robar, prostituirnos, etc. Empecé a los 13 años con "porros", barbitúricos y anfetaminas. A los 15 años empecé con la heroína. Me prostituía, para sacar dinero para mí y para M. del M. ¡Me daba lástima que ella se prostituyera!. Estoy presa por muchísimos delitos de robo para el consumo de droga. (MP-8)

\* Soy marroquí. Ceuta era mi residencia. Mis delitos están todos ellos relacionados con la droga. (MP-9)

\* Mi comienzo fue el Rohipnol con alcohol: whisky, cerveza. Empecé a los 14 años con heroína; 3.000 ptas cada papelina. Con 30 ó 40.000 ptas al día de gasto. Algún día 70.000 ptas. Heroína, speed-ball. Robo y pros-



titución, para conseguir dinero. Encarcelamientos: por unos meses, diez veces, por aplicación de la Ley de Peligrosidad Social. La mayor condena cuatro años; ahora, seis meses. "No entiendo nada de lo que me pregunta; hábleme campesino". Drogas en la cárcel, todas. (MP-10)

# NOTAS

- (1) Alonso-Fernández, F.: (1987) "Psicología del drogadic-to". En "Droga y Familia". VV.AA., Ed.: "PS". Madrid, 1987, (Págs. 99-110).
- (2) Pinillos, J.L. (1975): Principios de psicología, Alianza Ed., Madrid (Pág. 503).
- (3) Cofer, C.N. y Appley, M.H. (1964): Motivation: Theory and Research, John Wiley and Son, New York (Trad. Trillas, 1978) (Pág. 13).
- (4) Nuttin, J. (1968): "La motivación", en Fraisse, P. y Piaget, J. Traité de Psychologie expérimentale, T.V, Motivation, emotion et personnalité, PUF Trad. Paidós, 1973 (Pág. 13).
- (5) Claxton, G. (1984): Live and learn. An introduction to the Psychology of growth and change in everyday life, Harper and Row Publishers, London (Trad. Alianza Editorial, 1987) (Pág.43).
- (6) Arnau, J. (1974): Motivación y conducta, Fontanella, Barcelona. (Pág. 273).
- (7) Good, T.L. y Brophy, J.E. (1980): Educational psychology, realistic approach, Holt, Rinehart and Winston (Trad. Interamericana, 1983). (Pág. 209).
- (8) Madsen, K.B. (1973): "La Motivación", en Wolman, B.B. Handbook of general Psychology, Prentice Hall, New York (Trad. Martínez Roca, 1990). (Pág. 66).
- (9) Festinger, L. Aronson, E. (1974): "Activación y reducción de la disonancia en contextos sociales", en Torregosa, J.R. Teoría e investigación en la psicología social actual, Instituto de la Opinión Pública, Madrid. (Pág. 77).
- (10) Bochkariova, G. (1978): "Características psicológicas de la esfera motivacional de los adolescentes delin-cuentes", en Bozhovich, L. y Blagonadiezshina, L. Estu-dio de la motivación de la conducta de los niños ado-lescentes, Progreso. (Pág. 114).
- (11) Malow, A.H. (1954): Motivation and personality, Harpers and Brothers (Trad. Sagitario, 1975). (Pág. 151).
- (12) Schiefele, H. (1978): Lernmotivation und motivlernen, Franz Ehrenwirth Verlag, München (Trad. Oriens, 1980). (Pág. 21-24).

- (13) Rodríguez Delgado, J.M. (1989): La felicidad. Ed. Temas de hoy. Madrid (Cap. XXI Págs 185-189. Edc. 9ª; 1ª Edic. 1988).
  - (14) Unión General de Trabajadores (1987): La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral. Ed. Departamento Confederal de Servicios Sociales de la U.G.T. Investigación realizada por EDIS, S.A. - Madrid (Págs 165-172).
  - (15) Laraña, E. (1986): Las Drogas como problema social: Tipologías y políticas de tratamiento. Rev. Española de Investigaciones Sociológicas, Nº 34/1986.
  - (16) Laraña, E.: Op. Cit. Pág. 87.
  - (17) Ramón, M.A. (1981): "Tipología de Drogadictos y su rehabilitación". En La droga y la juventud. Ed. Karpos, S.A.
  - (18) Op. Cit. Ididem, Pág. 194.
  - (19) González Duro (1979): Consumo de drogas en España. Ed. Villalar. Madrid.
  - (20) Unión General de Trabajadores, ibid.
  - (21) VV.AA.: Juventud vasca (1986). Informe sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores de la juventud vasca actual. Ed.: S.C. de Publicaciones. Gobierno Vasco. Vitoria (Nov. 1986).
  - (22) Elzo, J. y otros: Droga y Escuela - 2. Pág. 60 (En imprenta).
- N.B. Me parecen (20) y (21) los dos estudios más serios realizados en estos último años sobre juventud y droga en España.
- (23) Conde, V. y otros (1988): "Algunos aspectos clínicos y terapéuticos de los trastornos por ansiedad y angustia". Apuntes mecanografiados, Pág. 1. En "Seminario: ansiedad y melancolía. Un análisis psicológico-psiquiátrico". U.I.M. y Pelayo. Santander, 15 Agosto, 1988. Participé oficialmente en el mismo.
  - (24) Rojas, E. (1989) La ansiedad. Ed. Temas de hoy, S.A. Madrid (Págs 90-153).
  - (25) IBIDEM
  - (26) López Ibor, Juan J. (1988) "La ansiedad es la enfermedad psiquiátrica más frecuente". En II Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica. Madrid, 21-25 Noviembre, Según Sánchez, M. ("EL PAIS", 26-1-1988).

- (27) Audiencia Provincial de Almería, Fiscalía. Memoria 1988. fuente única de datos sobre delincuencia y penalización. Las páginas de índice, entre paréntesis, citan la paginación de la Memoria. Igualmente conservan la numeración de la misma los cuadros estadísticos. La Memoria consta de 140 págs. mecanografiadas tamaño folio. Son míos: el índice, la síntesis y algunos subrayados.
- (28) Martínez Miranda, R.:(1989) "Cárcel y Droga". En "Ideal". Pág 2 (20-2-1988).



VII.- LA ASISTENCIA A LOS TOXICOMANOS EN ALMERIA



## VII.- LA ASISTENCIA A LOS TOXICOMANOS EN ALMERIA

- 1.- Centro Provincial de Drogodependencias de Almería.
- 2.- Asociación Nuevo Rumbo.
- 3.- Funcionamiento de los Centros de Asistencia.





## 1.- El Centro Provincial de Drogodependencias.

### 1.1.- Creación y funciones.

El C.P.D. fue inaugurado por el Comisionado Andaluz para la Droga, el 11 de Junio de 1986, D. Antonio Falcón. Este centro mantiene un segundo convenio Diputación-Ayuntamiento, por el que asume las labores del Ayuntamiento a cambio de contraprestaciones económicas. (1)

Sus funciones son:

- \* Ejecutar los acuerdos del Patronato Provincial del que dependan, que se refieren a planes de prevención, en base de coordinar su seguimiento y realizar su funcionamiento.

- \* Servir, como centro especializado, en la atención primaria de las toxicomanías.

- \* Actuar como órgano de información ciudadana sobre el fenómeno de las drogas.

- \* Colaborar con las Instituciones Sanitarias para la rehabilitación de los toxicómanos.

### Espacio físico.

- 2 salas de espera.
- 1 sala de reuniones.
- 1 despacho administrativo.
- 6 despachos para actividades técnicas, entrevistas o terapia.
- 1 despacho Diputada Delegada del Centro.
- Aseos.

### 1.2.- Población.

El C.P.D. acoge a cualquier persona que se encuentre afectada directa o indirectamente por un problema de drogodependencia, tanto de alcoholismo como otras drogodependencias. Así como a cualquier persona que requiera algún tipo de información sobre el problema.

### 1.3.- Personal.

El personal con el que cuenta el C.P.D. se compone de las siguientes personas:

- 1 Director.
- 1 Médico.
- 2 Psicólogos.
- 1 Asistente Social.
- 1 A.T.S.
- 1 Técnico en Prevención.
- 2 Monitores Ocupacionales.
- 1 Aux. Administrativo.

### 1.4- Asociaciones de atención a las drogodependencias en la provincia de Almería.

#### \* Alcohólicos:

- A.R.A. Almería.
- PROSALUD: El Ejido y poniente.
- ALUDENA: Huércal Overa. Zona norte y levante de Almería.

#### \* No alcohólicos:

- Nuevo Rumbo. Almería C.T. en Níjar (Atochares).

#### Recursos inespecíficos.

- Programa de Reinserción Social del Ayuntamiento de Almería.
- Programa ocupacional de la Diputación Provincial.
- Servicios Sociales Comunitarios y especializados.
- Programa de Formación INEM.
- Voluntariado social. (CRUZ ROJA).
- Programas educativos: UNED, Formación Profesional, Educación de Adultos, etc.

### 1.5- Sesiones informativas.

La metodología y contenidos, empleados en cada sesión, varía de forma que se adecuará al colectivo al que iba dirigido; se impartió un total de 37 sesiones repartidas como sigue:

\* 10 dirigidas a alumnos de 7ª y 8ª de EGB, con un total de 1.268 asistentes, utilizando 15 horas.

\* 6 sesiones en Institutos de Enseñanza Media y F.P., con un total de 380 asistentes y utilizando 12 horas.

\* 5 sesiones con alumnos de Educación Permanente de Adultos con un total de 180 asistentes y utilizando 10 horas.

\* 1 sesión a alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería, 70 asistentes y utilizando 2 horas.

\* 15 sesiones dirigidas a la población en general, con un total de 670 asistentes y utilizando 26 horas.

Información y entrega de material: se realizó un total de 50 entrevistas directas en el propio CPD, sobre temas específicos de prevención, entregando en cada una de ellas el material que el CPD dispone para tal efecto. (Tripticos del Centro, Revista Alcaid, cuadernos de orientación para distintos profesionales y Guía para mediadores juveniles).

### Apariciones en los medios de comunicación:

PRENSA: hubo un total de 31 apariciones en la prensa escrita de nuestra provincia, repartidas en los diferentes medios:

- 15 en el diario "La Voz de Almería".
- 5 en el diario Ideal.
- 4 en el diario La Crónica.
- 3 en el semanario Popular Sur.
- 3 en el semanario La Revista de Almería (antiguo Poniente).
- 1 en la Revista Nexo (Edita la Delegación de Educación).

RADIO Y T.V.: Se intervino 9 veces en distintas emisoras de la Provincia, una T.V.E. (Red Andalucía).

1.5.1.- Datos globales de intervención:.

- . Demandas de información: total = 302.
- . Acogidas: total = 203.
- . Desintoxicaciones: total = 111:
  - Ambulatorias = 98 = 89,18%
  - Hospitalarias = 13 = 10,81%
- . Inicios y Reinicios de Tratamiento:
  - Total I.T. = 118.
  - Total R.I.T. = 44.
- . Abandonos:
  - Total = 142.
- . Número de pacientes en programa:

Meses:	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
	60	70	77	87	93	99	92	92	91	87	83	87	X=85

Pasando de 60 en Enero a 87 en Diciembre.

- . Numero total de revisiones.

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
	274	336	336	305	359	350	285	216	283	311	335	219	X=300

Total = 3.609 entre todos los profesionales.

- . Número total de pacientes en Comunidades Terapéuticas:

Ingresos = 12  
 Altas = 10 Incluidas las terapéuticas, las voluntarias y los abandonos.

- . Pacientes en terapia familiar: Media mensual, 4,7.
- . Pacientes en programa metadona: Media mensual 10,4.
- . Pacientes: Media mensual de asistencia: 7,5

#### 1.6- Programa movimiento asociativo.

El fenómeno del Asociacionismo en torno al tema de la drogodependencia de afectados, familiares, exconsumidores, etc. es un objetivo prioritario del Plan Andaluz sobre Drogas. El interés social y la consecución de los objetivos preventivos y asistenciales para la formación del movimiento asociativo, la participación en las diferentes fases del proceso terapéutico de las asociaciones, puede tener matices difícilmente sustituibles por actuaciones desarrolladas desde la administración.

##### 1.6.1- Características del programa.

Dentro del movimiento asociativo en la provincia de Almería, hay que diferenciar las asociaciones que trabajan en el campo del alcoholismo y las que tienen sus actuaciones en relación a drogodependencias no alcohólicas.

Las asociaciones para el tratamiento de pacientes alcohólicos denominados de Alcohólicos Rehabilitados son tres:

- \* ALUDENA. Con sede en Huércal Overa, y cuya zona de influencia es el norte y levante almeriense.
- \* PROSALUD. Con sede en El Ejido y zona de influencia en el poniente almeriense.
- \* ARA. Con sede en Almería capital.

Las Asociaciones que trabajan en el campo de las drogodependencias no alcohólicas son las siguientes:

- \* ASOC. NUEVO RUMBO. Dedicada prioritariamente al tratamiento de heroinómanos en régimen de internamiento. Poseen una Comunidad Terapéutica con 20 plazas en Atochares (Níjar).

1.6.2.- Asociaciones de padres contra la droga.

Asociaciones de familiares que, al finalizar el año 88 no realizaba ninguna actividad:

\* ASOCIACIONES DE EX-TOXICOMANOS (ASTAL). Sin actividad y, presumiblemente disuelta al finalizar el año 88.

\* ALUDENA. Atiende pacientes con otras drogodependencias y actividades de prevención.

1.6.2.1.- Objetivos del programa.

\* Coordinar las actuaciones que se realizan en el campo de las drogodependencias en la provincia de Almería.

\* Asesorar técnicamente a las Asociaciones.

\* Promover las actuaciones del Movimiento Asociativo en la provincia de Almería.

\* Apoyar el crecimiento de Asociaciones que trabajan en el campo de las drogodependencias.

1.6.2.2.- Actuaciones.

\* Visitas Asociaciones Alcohólicas:

- Aludena: 2
- Prosalud: 2
- A.R.A.: 4

\* Visitas y contactos Asociaciones de otras drogodependencias:

- Nuevo Rumbo: 8
- Astal: 2
- Asoc. Padres: 1

\* Reunión con el equipo responsable del programa en el Comisionado para la Droga.

- Aludena.
- A.R.A.
- Prosalud.

### 1.7.- Centro de Día.

#### 1.7.1.- Justificación de su necesidad.

La creación de este Centro surgió como alternativa a la hora de encauzar el proceso terapéutico de algunos drogodependientes que por sus características no necesitan, o no fuese adecuado una separación de su medio social y familiar.

Tras unos meses de funcionamiento (apertura: abril 1987), continúa vigente la necesidad de este servicio, pues como recursos de rehabilitación urbana, tiene unas ventajas que no poseen otros servicios:

- \* Evita los inconvenientes del régimen cerrado, entre los que podemos destacar la creación de una atmósfera artificial y el conflicto de salida.

- \* Permite continuar la intervención sin desarraigo de su situación socioambiental.

- \* Posibilitar un puente intermedio para la reinserción del drogodependiente.

- \* Facilita el compromiso responsable de la familia.

- \* Cubre una mayor población con menos coste económico.

Entra dentro de los programas de intervención que se llevan a cabo en la deshabituación.

- \* Intervenimos en este medio (semiabierto o semi-cerrado), esto es rehabilitación urbana, acompañada de recursos específicos propios para esta población.

#### 1.7.2.- Datos y evolución de la población que se ha beneficiado del centro en este año.

- Balance del año:

- Activos diciembre 87: 13

- Entradas: 88: 22

    . Reingresos usuarios del 87: 2

    . Reingresos usuarios del 88: 3

- Activos en diciembre 88: 5

- Salidas: 35



- Sexo:

- Activos del 87:

. Varones: 9

. Mujeres: 4

- Entradas 88:

. Varones: 17

. Mujeres: 5

- Global:

. Varones: 26 = 74% de la población.

. Mujeres: 9 = 26% de la población.

. Edad: fecha de nacimiento y num. nacidos.

<u>Nacidos años</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>	<u>Edades</u>
1.953-1.960	~ 13	35'13%	28-35 a.
1.961-1.965	~ 15	40'54%	23-27 a.
1.966-1.970	~ 9	24'32%	18-22 a.

. Estado civil:

. Nivel de instrucción:

1. Solteros	25 = 67'56%	1. No sabe leer.
2. Casados	7 = 18'91%	2. Sin estudios.= 5 = 13'51%
3. Separados	4 = 10'81%	3. EGB incompl. = 14 = 37'83%
4. Par.estable	1 = 2'70%	4. EGB completa.= 15 = 40'54%
		5. BUP/FP. = 3 = 8'10%

- Convivencia actual:

1. Familia de origen	= 27 = 72,97%
2. Familia propia	= 4 = 10'81%
3. Pareja estable	= 3 = 8'10%
4. Amigos	= 1 = 2'70%
5. Solo	= 1 = 2'70%

- Lugar de residencia: Los pacientes provienen mayoritariamente de la ciudad y de pueblos limítrofes. Estudiando la procedencia dentro de la ciudad, vemos que están representados prácticamente todas las zonas o barrios de la misma, obteniendo un peso dominante las zonas no consideradas desfavorecidas, quizá porque sea a las necesidades de este tipo de pacientes a los que más se adapta este programa.

Zapillo.....	11 = 29,72%	Plaza de Toros ...	3 = 8'10%
Altamira.....	7 = 18'91%	Avd. Mediterráneo.	11 = 5'40%
Pescadería...	3 = 8'10%	Centro.....	3 = 8'10%
P. Redondas..	4 = 10'81%	Los Almendros.....	1 = 2'70%
Aguadulce....	1 = 2'70%	Puche.....	1 = 2'70%
El Ejido.....	1 = 2'70%		

N.B.: Aguadulce y El Ejido no pertenecen a la Capital.

- Droga principal que motiva la demanda.

* Heroína.....	32 = 86'48%
* Cocaína.....	1 = 2'70%
* Psicofármacos y heroína....	1 = 2'70%
* Cannabis.....	1 = 2'70%
* Coca y alcohol.....	1 = 2'70%
* Heroína y alcohol.....	1 = 2'70%

1.7.3.- Seguimiento.

El seguimiento se hace en base a la subordinación del CPD. Los sujetos que dejan de acudir al Centro, en la mayoría de los casos, no pierden el contacto con el CPD o lo recuperan rápidamente. Este seguimiento se hace atendiendo a dos criterios:

- Primero se valora a dónde fueron al dejar el Centro y 2º dónde se encuentran actualmente.

1.7.4.- Presupuesto.

Unos cincuenta millones de pesetas anuales. No se contabilizan edificios, teléfono, limpiadora, ordenanza, mantenimiento,... y otros aportes que corren por cuenta de la Diputación y Ayuntamiento. Todos los servicios son totalmente gratuitos. (2)

## 2.- Asociación Nuevo Rumbo.

### 2.1.- Historia del centro.

La Asociación Nuevo Rumbo, fue legalmente constituida el 19 de Abril de 1.985, ante la carencia de centros destinados a la asistencia de drogodependientes en nuestra provincia, teniendo como objetivo la acogida, tratamiento y reinserción social de jóvenes drogadictos.

En un principio se comenzó con un local en la calle Violeta nº 5 siendo nuestro domicilio legal. Posteriormente en febrero de 1.986 el Ayuntamiento de Níjar, cedió unos terrenos rústicos donde aprovechando una edificación existente y tras ampliarla y acondicionarla se consiguió instalar un centro de tratamiento en régimen de internado, con capacidad para 20 personas, ampliable. Este centro fue inaugurado con el nombre de "La Milagrosa" el 15 de Junio de 1.986, si bien antes, conforme se iban acabando sectores de la edificación, se habilitaban y se iban acogiendo paulatinamente a muchachos afectados, que a la par de su tratamiento, colaboraron en dichas obras como parte de su terapia ocupacional. (3)

-----

### 2.2.- Descripción.

Nombre del centro:	" La Milagrosa".
Dependencia Jurídica:	Asociación Nuevo Rumbo.
Antigüedad:	19 Abril 1.985.
Ubicación:	Pueblo de Atochares. Níjar (Almería)
Capacidad:	20 personas.
Precio de Estancia:	50.000 ptas. mensuales.
Población asistida:	Hombres drogodependientes, no alcohólicos.
Hábitat:	Situada en zona rural, a unos 200 m. de una pequeña población, Atochares.

La finca es propiedad del Instituto Andaluz de Reforma Agraria (IARA) y cedido por el mismo.

El espacio físico que posee es amplio y con posibilidades de aprovechamiento para varios usos, (huerto, jardines y zonas recreativas).

En la actualidad tiene las siguientes construcciones:

- 10 Dormitorios dobles.
- 1 Botiquín.
- 1 Salón - comedor.
- 1 Salón - estar.
- 1 Cocina con despensa.
- 1 Capilla.
- 1 Despacho.
- 1 Sala de duchas y servicios.
- 1 Cuarto de baño.
- 1 Patio Andaluz.
- 1 Lavandería.
- 1 Biblioteca.
- 1 Trastero.
- 2 Recibidores.
- 1 Campo de deportes.
- 1 Almacén.
- 1 Huerta de calle.
- 3 Invernaderos (2 para hortalizas y 1 para flores).
- 8 Cochineras.
- 1 Balsa.
- 1 Nave para animales (conejos).
- 1 Taller de manualidades.
- 1 Nave de 300 m. para talleres.

En proyecto para 1.989.

- Vivienda para monitores.
- Comedor de verano.
- Piscina.

## 2.3.- Exigencias para el ingreso en la Comunidad Terapéutica.

### \* Requisitos.

- Hombre.
- Voluntariedad.
- No tener problemas judiciales pendientes.
- No padecer problemas psíquicos, ni enfermedades físicas contagiosas.

### \* Condiciones de Admisión.

- Indicación del Centro Ambulatorio propio.
- Desintoxicación realizada.
- Firma de cumplimiento de las normas.
- Registro de pertenencias y persona.
- Analítica completa.

**\* Régimen Económico.**

- En el momento de ingresar 50.000 ptas., que servirá como cuota del primer mes de estancia.

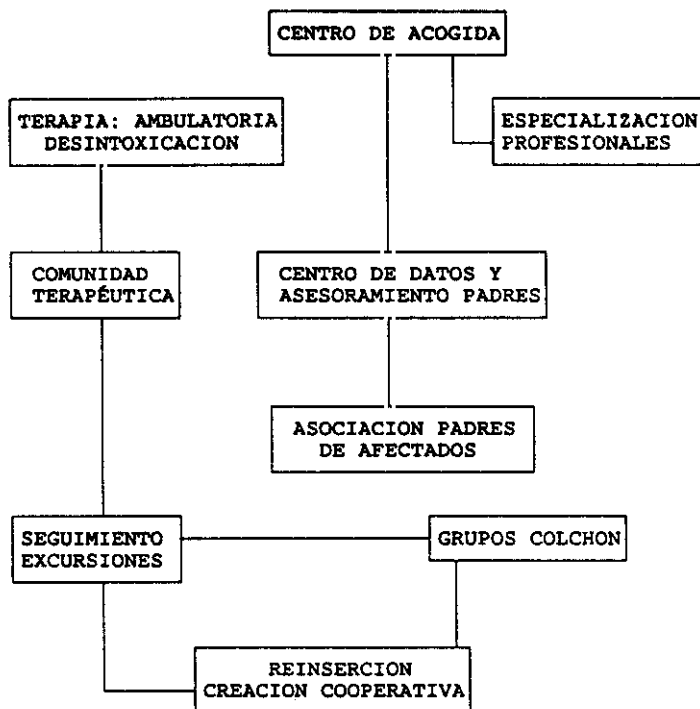
- Los meses siguientes a razón de 50.000 ptas. por mes, hasta el momento del alta, debiendo ser abonados durante los 10 primeros días del mes. (Datos referidos al año 1.988).

En caso de alta voluntaria o expulsión del muchacho del Centro, por un motivo justificado, no se devolverá la cantidad entregada.

**\* Obligaciones de los padres o familiares.**

- Acudir puntualmente a las reuniones de padres, y cuando por algún imperativo sean convocados por el Equipo del Centro.
- Colaborar con su actitud, con la dirección del Centro en la rehabilitación de su familiar.
- No tomar iniciativas en aquello que afecte a su familiar, sin haberlo consultado previamente.
- Informar de la actitud y actividades del interno en los períodos de permiso.

\* Organigrama del Centro.



2.4.- Centro ambulatorio. Desintoxicación física.

En esta primera fase se recibe al enfermo que, previamente ha contactado con la Asociación efectuándose el primer contacto personal con él, que debe venir acompañado de un familiar responsable.

Durante el tiempo que se emplee, se llevan a cabo las cuestiones siguientes:

- Información al interesado acerca del funcionamiento del plan de recuperación, así como a los familiares acompañantes.
- Se recaban los datos necesarios del joven, complementados con los solicitados a los familiares y se elaboran:

- . La historia familiar.
  - . La historia social.
  - . La historia psicológica.
  - . La historia clínica - toxicológica.
- Se empieza el plan médico de desintoxicación - deshabituación. Con los datos obtenidos y los que se siguen obteniendo en entrevistas y conversaciones tanto con el paciente como con sus familiares, la formalidad en el comportamiento y cumplimiento de las normas que se le van señalando, se determina el grado de interés que muestra el paciente a ingresar voluntariamente en la Comunidad Terapéutica, dándose comienzo a la desintoxicación física, período que dura aproximadamente 10 días.
  - Personal - Centro de Acogida:
    - 1 Médico-director.
    - 1 A.T.S.
    - 2 Psicólogos.
    - 1 Administrativo.
    - 1 Gerente.

## 2.5.- Rehabilitación en comunidad terapéutica.

La Comunidad Terapéutica: tratamiento para la re-inserción psicosocial. (Dr. Verdejo, G. (4)). A modo de marco introductorio a la única C.T. ubicada en la provincia de Almería, "La Milagrosa", perteneciente a "Nuevo Rumbo", situada en los campos de Níjar, paraje denominado "Los Atochares", sintetizo el criterio de Verdejo.

## Modelos teóricos y finalidad terapéutica.

### - Modelo Médico.

. Antes. Hasta no hace mucho, un programa de rehabilitación de un drogadicto, se cifraba en la desintoxicación física, especialmente del heroinómano, siendo temerariamente estimado como "cura". Algunos médicos, aun en la actualidad, prescriben una medicación de "sustitución" de la heroína, con la pretensión de que al final de la pauta indicada, el paciente ya estará desintoxicado físicamente, y por tanto "curado", dependiendo entonces del problema de su propia voluntad y talante.

. Ahora. El tratamiento actual es más amplio y complejo: debe entenderse como un proceso evolutivo,

formado por etapas en las cuales se aplican técnicas especiales para cada caso. El programa de actuación debe comprender: reinserción en la sociedad y seguimiento del comportamiento.

Además de una actividad asistencial, su incorporación de manera activa a la vida comunitaria, se ha de considerar como parte del tratamiento, puesto que ha de darse al problema "drogadicto" no solo una respuesta física; también psicológica y social.

No estamos en contra de una actividad farmacológica, que sin duda, es necesaria en muchos casos, pero el tratamiento de rehabilitación de un toxicómano va más allá de una intervención farmacológica.

Debemos citar la hipótesis, hoy en boga, de que el contemplar las toxicomanías desde el perfil del modelo médico no es todo: que empieza a aceptarse que no es imprescindible el modelo médico y que pudiera ser sustituido dentro de otro marco social por una actuación no médica ¿...?

#### - Modelo poliprofesional.

Lo que sí parece evidente es la incorporación al equipo de tratamiento de otros profesionales, de otros graduados universitarios, de disciplinas distintas, psicólogo, pedagogo, sociólogo, etc., así como dotar al centro de una fuerza de convocatoria, de llamada para el drogadicto y de capacidad de retención para recibir atención en él el toxicómano.

El Centro debe responder a una petición de ayuda por parte del toxicómano, que no debe confundirse con la identificación que hacen la mayoría de los drogadictos de "cura" con desintoxicación, pretendiendo o exigiendo se les proporcione una medicación.

Ha de hacérselo comprender, no siempre de fácil tarea, que su problema no es una receta médica que aporte un fármaco "de reemplazo" al que él consume. Es necesaria una información más amplia que contemple los trastornos físicos, psicológicos y sociales que "porta a sus espaldas".

Hay que valorar lo positivo de la presencia del toxicómano en el Centro, las motivaciones que le han impulsado a acudir al mismo en demanda de ayuda y la actitud o predisposición de abandonar el consumo de las drogas. Por supuesto informarle de lo que significa el tratamiento, de lo que puede esperar de él, y sensibilizarle para que tome una decisión razonada de seguir el proceso de recuperación indicado, como necesidad imprescindible, si de veras quiere



abandonar la droga.

Toda tarea será infructuosa en tanto en cuanto el individuo esté consumiendo droga, o en fase de síndrome de abstinencia. En realidad, el tratamiento de recuperación tiene un "parrilla de salida" cuando el drogadicto en su entorno ambiental de drogadicción, toma la decisión de visitar el Centro.

- Finalidad de las distintas terapias de la C.T.

Podíamos decir, resumiendo, que la versión moderna que lleve a recuperar para la comunidad a un individuo perdido socialmente, consta de:

- \* Concienciar al drogodependiente de su adicción.
- \* Mentalizarle de la necesidad de modificar sus condiciones ambientales y personales.
- \* Recabar la participación del adicto para que sea el auténtico protagonista de todo el proceso.
- \* Informar a la familia, sensibilizarla, recabar (exigir) su colaboración.
- \* Elaborar el diagnóstico, diseñar el tratamiento con el consenso del adicto.
- \* Inducirle a la búsqueda de soluciones al problema de su dependencia a las drogas y a las consecuencias que induce su abuso.
- \* Prepararlo para que lleve a cabo de modo formal, responsable, estricto, el proceso.
- \* Abundar en su decisión de suprimir el consumo de drogas de todo tipo.
- \* Abandonar el estilo de vida que lleva inherente la drogadicción.
- \* Reincorporar a la sociedad, aceptando las condiciones que ella les exige.
- \* Formar un firme propósito de no reincidir, y para ello huir de todo entorno en donde la droga suponga protagonismo.
- \* Solicitar ayuda, colaboración para vencer las tentaciones, las presiones, las críticas, etc., del mundo de la drogadicción. (5)

A las aportaciones tomadas del Dr. Verdejo, yo añadiría:

- Integrarlo en alguna Asociación Juvenil de normal convivencia. Igualmente para los adultos. El asociarse fortalece al asociado. La C.T. es un buen aprendizaje asociativo. Perfeccionarlo fuera. Facilitar los medios de socialización.

### La rehabilitación paso para la reinserción social.

Superada la desintoxicación, la segunda fase corresponde a la rehabilitación del paciente, efectuándose ésta en el Centro de la Milagrosa, dependiente de esta Asociación bajo los siguientes objetivos:

- Conseguir la toma de conciencia de su situación actual.
- Acercar al joven a su problema interior.
- Hacerle adquirir responsabilidades y nuevos valores humanos.
- Incentivar sus relaciones personales con el resto de la Comunidad fomentando la sinceridad en la convivencia.
- La Comunidad Terapéutica constituye una familia donde el joven participa de una situación real, vivir cada día con sus alegrías y problemas que se resuelven en grupo y con ello advierte una circulación de derechos y deberes, de atención y de calor humano, que son muy importantes para una reconstrucción personal y que posiblemente le hayan faltado en los momentos cruciales de su vida.

#### - Metodología aplicada.

La comunidad, es el lugar idóneo donde el director y el Equipo técnico colaborador realizan el plan terapéutico, educativo y de vida, mediante:

- 1.- Un estudio exhaustivo de la psicología del joven mediante entrevistas semanales individuales.
- 2.- Valoración diaria, de actitud y motivación del joven así como de su participación en la terapia ocupacional y grupal.
- 3.- Reuniones de grupo (cuatro a la semana), dos de carácter general y otras dos en las que participan sólo los más antiguos o los más recientemente ingresados, respectivamente.
- 4.- Terapia ocupacional, con la que se persigue la adquisición de responsabilidades y la aceptación de normas y horarios.
- 5.- Evaluación de sus cambios de actitud, con respecto al grupo, la familia, la sociedad, etc.
- 6.- Evaluación de sus salidas de la Comunidad Terapéutica (permisos) con posterior discusión sobre la actitud mantenida.

- Personal - comunidad terapéutica.

1 Medico-Director.  
2 Psicólogos.  
2 Pedagogos.  
1 A.T.S.  
1 Operador E. Física.  
1 Operador de Campo.

- Horario.

7:00 h - 7:45 h - Aseo desayuno y limpieza habitación.  
7:45 h - 10:00 h - Terapia Ocupacional.  
10:00 h - 10:30 h - Bocado.  
10:30 h - 12:30 h - Terapia Ocupacional.  
12:45 h - 1:30 h - Deporte.  
1:30 h - 2:00 h - Aseo.  
2:00 h - 2:30 h - Comida.  
2:30 h - 3:30 h - Descanso.  
3:30 h - 3:45 h - Aseo.  
3:45 h - 6:00 h - Terapia Ocupacional.  
6:00 h - 6:30 h - Aseo.  
6:30 h - 7:45 h - Terapia de grupo.  
7:45 h - 8:45 h - Clase.  
9:00 h - 9:30 h - Cena.

- Motivos de expulsión.

- \* Ser portador o consumidor de drogas dentro del Centro.
- \* Mantener una actitud negativa continuada en las actividades que se programen.
- \* Ser violento con alguno o con el resto de los compañeros.
- \* Salir sin autorización expresa de los límites de la finca donde se encuentra ubicado el internado.
- \* No cumplir reiteradamente con los horarios establecidos para cada actividad.
- \* Desobedecer los mandatos de los monitores responsables.

- Permisos y salidas.

- \* Durante el primer mes no recibirá visitas ni llamadas telefónicas, sólo se admitirá correspondencia.
- \* Transcurrido el primer mes, el joven recibirá la primera visita de sus familiares, siendo siempre el domingo

y de 3 a 8 de la tarde, oportunamente se le avisará qué domingo del mes le corresponde.

\* Al tercer mes, según su evolución, tendrá la primera salida del Centro, siendo su duración de un fin de semana, entendiéndose desde el sábado a las 7 de la mañana a lunes a las 8 de la mañana. A partir de este momento y dependiendo de la opinión del equipo competente, podrá optar a una salida mensual.

Si algún chico necesita salir, fuera de sus permisos, lo hará por un motivo justificado y siempre que presente un certificado que lo acredite. Siendo responsabilidad de los familiares su traslado y retorno.

## 2.6.- Reinserción social.

Esta tercera fase es el colofón necesario a la rehabilitación acometida. La reinserción ocupa un papel importantísimo para la total normalización de la vida del joven, llevándose a feliz término de una forma gradual y progresiva.

Los jóvenes y familiares, durante esta etapa, están obligados a mantener el contacto con el Centro, dentro de un programa de apoyo en sus posibles dudas o vacilaciones.

La estrecha comunicación y colaboración con los diferentes Centros de Drogodependencias Provinciales de la Junta de Andalucía, propician el acceso a programas de Reinserción de mayor eficacia y amplitud.

## 2.7.- Casos tratados durante 1.988.

Durante el año de 1.988 fueron tratados en el Centro de Acogida un total de 96 pacientes, con el siguiente resultado:

- Número de casos que inician desintoxicación...	96
- Abandonan tratamiento antes de los 8 días....	47
- Ingresan en la C.T. ....	49
- Abandono del trat <sup>o</sup> en la C.T. ....	29
- Expulsiones.....	1
- Altas terapéuticas.....	11

## 2.8.- Otros aspectos destacables.

- A lo largo de todo el ejercicio, se han seguido estimulando las convivencias con grupos de jóvenes no afectados. En el mes de Julio un grupo de jóvenes de distintos países convivió durante 18 días con los residentes, siendo su estancia muy positiva.

- Durante los meses de verano se ha continuado el plan de contacto con la Naturaleza en frecuentes excursiones a playas del litoral almeriense y a la Alpujarra.

- Se han impartido por el Equipo Técnico del Centro 11 charlas de prevención a colectivos de adultos, padres, y a alumnos de B.U.P. a petición de diferentes Instituciones.

- Los componentes del E. Técnico, han asistido a Cursos de perfeccionamiento y a intercambios en las C.T. de Lopera, Arco Iris, Girasol y Proyecto Hombre.

- En el mes de Agosto se construyó una nave destinada a la instalación de Talleres de 300 mts. cuadrados. En la misma se impartirán clases prácticas de imprenta, mecánica y soldadura. Asimismo, se ha levantado un pequeño invernadero para el cultivo experimental de orquídeas de diversas variedades.

- Para el servicio del Centro, se ha adquirido una furgoneta que ha empezado a utilizarse en el transporte de productos hortícolas y para el desplazamiento de los internos a playas y excursiones.

- Todas las dependencias y servicios, incluidos los campos de cultivo bajo plástico: invernaderos, suman 6 Hectáreas: 66.000 M2.-

- El proyecto firme de crear la C.T. para mujeres va ubicado, no muy lejos de la Comunidad de Varones, pero sí a prudente distancia y los invernaderos por medio. Los campos de cultivo pueden, deben servir para ambas Comunidades. Esta C.T. dispondrá de 11.206 M2..

## 2.9.- Presupuesto anual.

Presupuesto de la Asociación: Ambulatorio y Comunidad Terapéutica, 1.988.

### Ingresos.

- por 2 plazas concertadas en C.T. con el Comisario de la Droga. . . . .	1.438.520	Pts
- Subvención por la Diputación provincial. . . . .	400.000	"
- Subvención OO. Sociales Cajalmería . . . . .	500.000	"
- Subvención Educación de Adultos. . . . .	500.000	"
- Donativo de Caritas San Isidro-Pueblo. . . . .	50.000	"
- Caritas de Roquetas de Mar . . . . .	200.000	"
- Caritas interdiocesana . . . . .	500.000	"
- Antonio Fernández Vial (Sevilla) . . . . .	100.000	"
- Hermanas de la Caridad de San Vicente. . . . .	600.000	"
- Hermanas Dominicas . . . . .	200.000	"
- Hermanas Auxiliadoras. . . . .	100.000	"
- Cuotas Socios y otros donativos. . . . .	1.765.880	"
- Ventas productos de invernadero. . . . .	4.458.348	"
- Religiosas caridad-familias toxicomanas. . . . .	2.400.960	"
- Cuotas de los Internos . . . . .	5.102.004	"

Total. . . . . 18.315.712 PTS  
=====

### Gastos.

- Alimentación . . . . .	2.191.859	Pts
- Combustible. . . . .	280.360	"
- Salarios . . . . .	3.137.000	"
- Coches y maquinaria. . . . .	2.878.896	"
- Invernadero y construcción . . . . .	7.895.733	"
- Animales . . . . .	116.317	"
- Luz, teléfono y alquileres . . . . .	454.804	"
- Varios . . . . .	651.405	"

Total. . . . . 17.603.374 Pts  
=====

Ingresos	-	Gastos	=	Saldo	
18.315.712	-	17.603.374	=	712.338	(6)

3.- Funcionamiento de los centros de asistencia.  
Opiniones de sus directores.

La asistencia al drogadicto es pluriprofesional y, hasta intrusista sin profesión alguna, en determinados casos. Médicos en medicina general, psiquiatras, psicólogos y psicólogos clínicos, en sus consultas particulares, prestan su asistencia a los toxicómanos. Los profesionales de la medicina cualificados suelen enviar -no siempre- tales clientes a los centros especializados. Hay familias que rehuyen asistir a los Centros Especializados, "no vayan a creer que sus hijos son drogadictos". Al médico de medicina general van todos, y de todas las enfermedades. Por ello no es posible hacer estadísticas de cuántos están en tratamiento. Menos todavía del número de drogodependientes. Es una mínima parte la que se trata en los Centros Especializados, aun cuando se verifica el aumento de asistencia a dichos centros. También consta la salida de drogadictos a otras provincias y hasta a otras naciones: Portugal, Francia, Bélgica, .... Es patente que son tratados en el extranjero los hijos de familias con posibilidades económicas para ello. Así ocultan "la ignomia familiar" de tener un miembro drogata.

La contestación al Cuestionario.(7)

Ha sido realizada por los dos Directores de los Centros Especializados. Sus contestaciones no tiene significación estadística, pero son relevantes sus respuestas. Tanto en las que ambos coinciden como en las que discrepan.

3.1.- Tipo de Centro:

1. Comunidad Terapéutica ...	1
2. Centro Toxicómanos ...	2
3. Servicio de Orientación .	2

3.2.- Régimen de Asistencia:

1. Internado .....	1
2. Ambulante .....	2

### 3.3.- Dependencia del Centro:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Administración Local-Autonómica .... | 1 |
| 2. Privado .....                        | 1 |

### 3.4.- Año en que empezó a funcionar:

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| 1. Entre 1.983-1.985 ..... | 2 |
|----------------------------|---|

### 3.5.- Fuente de Financiación:

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. Presupuesto Estatal .....      | 1 |
| 2.       "       Autonómico ..... | 1 |
| 3.       "       Local .....      | 1 |
| 4. Cuotas de los pacientes .....  | 1 |
| 5. Subvenciones privadas .....    | 1 |
| 6. Subvenciones religiosas .....  | 1 |

### 3.6.- Qué servicios prestan:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Desintoxicación .....   | 2 |
| 2. Rehabilitación .....  | 2 |
| 3. Reinserción .....   | 2 |
| 4. Detección precoz de enfermedades derivadas de drogodependencia. | 1 |
| 5. Información sobre Centros de Ayuda a toxicómanos .....          | 2 |
| 6. Financiación para tratamiento de rehabilitación .....           | 1 |

### 3.7.- Centro de Tratamiento:

Ver descripciones del mismo en el apartado 2 - Descripciones. (Nuevo Rumbo Comunidad Terapéutica).

### 3.8.- Plazas para Internos ... 2



### 3.9.-

Cuota mensual (10.000 -	
50.000 Ptas.) .....	1
Subvencionados por Entidades .....	1

### 3.10.- ¿Métodos utilizados para la desintoxicación?

1. Medicamentos con opiáceos ...	1
2. " con riesgo de adicción ..	1
3. Métodos Naturistas .....	1
4. Ningún tipo de sustancias ...	1
5. Otros (no especifican) .....	1

### 3.11.- ¿Qué método suele utilizar ese centro para la rehabilitación?

1. Terapia personal .....	2
2. Terapia grupal .....	1
3. Trabajo físico .....	2
4. Actividades deportivas .....	2
5. Otros ( no lo especifican) ..	2

### 3.12.- Formas de ingreso en el Centro

1. Propia voluntad toxicómano ..	2
2. Es llevado por su familia ...	1
3. Consejo médico .....	1
4. Consejo del psicólogo .....	1
5. Consejo otros especialistas ..	1
6. Otras (no especifican) .....	1

### 3.13.- A juzgar por la experiencia del Centro: ¿ Qué motivos llevan a la toxicomanía a sus pacientes?

1. Escapar de problemas personales .....	2
2. Estar a disgusto en la sociedad .....	1
3. Porque "pasan de todo".....	1
4. Por facilitar el contacto social ....	1
5. Sentirse rechazado en el trabajo ....	1
6. Sentirse rechazados por la familia ..	1

- 7. Experimentar placer y animarse ..... 1
- 8. Por curiosidad y deseos de sentir ... 1
- 9. Sensaciones nuevas ..... 1
- 10. Calmar nervios ..... 1
- 11. Dormir mejor ..... 1
- 20. Enfermedad - dolor ..... 1

3.14.- ¿Con cuáles de la siguientes proposiciones están de ACUERDO o DESACUERDO, los responsables de este Centro?

	ACUERDO	DESACUERDO
1. Realización del "Plan Nacional sobre Drogas" del Gobierno es una ayuda para la rehabilitación de los drogodependientes .....	2	
2. El gobierno debería subvencionar totalmente todas las actividades de los centros de rehabilitación	1	1
3. La Administración debería controlar las actividades internas de los centros .....	1	1
4. No existe una verdadera rehabilitación si no existe un plan de reinserción .....	1	1
5. La prevención escolar y familiar tiene menos coste social y económico que la rehabilitación de los toxicómanos .....	2	
6. En todo proyecto de rehabilitación es necesario ofrecer un ideal preestablecido .....	1	1
7. Los programas de mantenimiento con opiáceos sintéticos ( metadona, etc) son el mejor método para deshabituarse a los heroínómanos .....		1
8. A los drogadictos solamente les puede ayudar un ex-drogadicto ..		2

### 3.15 Matización sobre algunas respuestas.

11 - Métodos de rehabilitación. Uno de los centros no tiene terapia grupal. Carencia, a mi juicio, importante. Tal vez sea carencia temporal.

12 - Formas de ingreso. En ambos centros: por propia voluntad.

13 - Motivos que llevan a la toxicomanía a sus pacientes. Coinciden los dos directores: "por escapar de los problemas personales". De entre las otras diecinueve motivaciones restantes para proyectarse no coinciden en ninguna otra, dispersándose en otras once más.

14 - Acerca de las ocho proposiciones para pronunciarse de acuerdo o desacuerdo, tan sólo concuerdan en éstas:

. El Plan Nacional sobre Drogas facilita la rehabilitación de los drogodependientes. Afirmativamente.

. La prevención escolar y familiar tiene menos coste social y económico que la rehabilitación de los toxicómanos. Afirmativamente.

. A los drogadictos solamente les puede ayudar un ex-drogadicto. Negativamente.

## NOTAS

- (1) "Memoria -1988" del Centro Provincial de Drogodependencias de Almería, publicada en 1.989. Consta de 96 páginas tamaño folio.
- (2) Todos los datos, hasta aquí, están tomados de la citada memoria-88. Conste mi agradecimiento a la total apertura del C.P.D. para la facilitación de toda clase de cuestiones a investigar por mi parte
- (3) Fuentes de datos: El opúsculo "Asociación nuevo Rumbo" y la "Memoria 1.988" me han facilitado cuantos datos aquí son citados. La Comunidad Terapéutica por mí visitada reiteradas veces, al igual que el Ambulatorio de desintoxicación, han estado totalmente abiertos a mi persona y a cuantos toxicómanos he enviado para su tratamiento. Soy socio de Nuevo Rumbo.
- (4) Verdejo, G.: (1987) Comunidades Terapéuticas". En, Drogadicción. Segunda edición págs. 161-173. Ed. Cajalmeria-Almería.
- (5) Verdejo, G., ibidem.
- (6) Cuantos datos siguen a la aportación de Verdejo según la nota precedente (4) tienen por origen las fuentes expresadas en la nota nº 3 arriba citada.
- (7) El Cuestionario sobre Comunidades Terapéuticas (Q-4) va incluido en el Apéndice. Está cumplimentado por los Directores de Sendos Centros.



VIII.- OPINIONES DE LOS EXPERTOS EN DROGODEPENDIENTES EN  
ALMERIA



VIII.- OPINIONES DE LOS EXPERTOS EN DROGODEPENDIENTES EN  
ALMERIA

- 1.- Variables respecto a los expertos.
- 2.- Subgrupos formados según sus profesiones.
- 3.- Método seguido en el análisis de contenido.





## 1.- Variables respecto a los expertos

- \* Sexo (1)
- \* Edad (2)
- \* Profesión (3)
- \* Experiencia con toxicómanos (4 y 5)
- \* ACTITUDES ante la rehabilitación (7 a 12)
- \* MOTIVACIONES de la toxicomanía (14)
- \* Aceptación social (13)

## 2.- Subgrupos formados según profesiones.

La mayor dificultad en el estudio de este capítulo ha surgido por la manera de agrupar a los especialistas que forman los nueve subgrupos. El método utilizado ha consistido en agruparlos por especialidades y ordenarlos según el número de miembros de mayor a menor. La motivación para aplicar el Cuestionario es la misma que consta en "El desenganche de la Droga": "La captación de opiniones de especialistas colaboradores es un plano más, decididamente enriquecedor en notable grado, que significa recabar opiniones entre personas conocedoras e insertas en el objetivo de la investigación. Los puntos de vista de tales expertos podrían servirnos para contrastar otros resultados, verificar tendencias ya extraídas por otras vías y, en cualquier caso, para abrir el camino a un diagnóstico final más prudente y mejor comprobado". (1)

Ordenación por especialidades:

ESPECIALIDADES	Nº MIEMBROS
Educadores .....	8
Médicos .....	6
Asistentes sociales .....	5
Psicólogos .....	4
Farmacéuticos .....	3
Abogados-Juristas .....	3
Funcionarios Prisión "El Acebuche" .....	3
Psiquiatras .....	2
Varios: ATS, Monitor drogadictos, Visitador médicos .....	3
TOTAL .....	37

Los nueve subgrupos no están todos especificados en el Cuestionario.

### 3.- Método seguido en el análisis de contenido.

Ante la falta de colaboración solicitada para otros estudios, en materias diferentes, por otros profesores universitarios, traté por mi parte de emplear medios motivacionales. Tras el envío del Cuestionario con sobre franqueado, confeccionado a imprenta, envié carta recordatorio subrayando la importancia y fecha tope de envío. Una tercera carta, pasada la fecha, solicitando su valiosa y necesaria colaboración, aún expirado el plazo.

Cuestionarios enviados:	120
Devueltos en blanco:	5
Respuestas cumplimentadas:	37

Uno de los encuestados manifestó haber empleado casi tres horas en responder al cuestionario. Otro añadía a las contestaciones: "dificultad del anonimato, por ser Almería muy pequeña".

#### 3.1.- Opiniones de cada miembro sobre cada ítem dentro del subgrupo.

Este apartado pasa íntegramente al apéndice.

#### 3.2.- Opiniones subgrupales de cada especialidad acerca de cada ítem.

##### 3.2.1.- Nº 7 PROBLEMAS: PLANTEADOS EN EL TRATAMIENTO Y REHABILITACION.

###### a) - Falta de conciencia social.

EDUCADORES: Se da la falta de conciencia social de este sistema en que con sus mecanismos y por medio de sus Instituciones-Estado, Iglesia, Familia...-en vez de cultivar a la persona integralmente y propugnar el SER promociona el TENER; y al no satisfacer las apetencias humanas básicas el individuo se aliena o se deprime. Al fin se llega a algún modo de drogadicción, con lo cual lo que está haciendo es provocar estas situaciones de automarginación o evasión.

Mayor conciencia a través de los medios de difusión, sobre este gravísimo asunto.

MEDICOS: Aumentar el grado de conocimiento del problema en la comunidad. Campañas de difusión por profesionales, y conocedores del tema - tratamiento precoz especializado y reinserción socio laboral, colaboración a través del colegio de médicos- Estos enfermos deben ser considerados como "contagiosos".

ASISTENTES SOCIALES: Habría que concienciar a la sociedad dominante. Parece que el problema interesa que exista. Es rentable. Falta de apoyo por parte de Instituciones y de la comunidad en general. El Estado debe asumir el tema. Airear el problema sin miedo.

PSICOLOGOS: Falta de información clara y veraz de lo que supone el ser toxicómano. Los antecedentes y los consecuentes de la conducta del mismo y condicionantes sociales, campañas de educación, formación y cambio de actitudes (creencias) entrenamiento familiar (habilidades sociales).

FARMACEUTICOS: Hay falta de conciencia social, debido, en parte, a falta de información.

ABOGADOS  
JURISTAS: La droga ha penetrado imperceptiblemente en el tejido social. Falta conciencia social sobre el tema. El problema no atañe sólo al Estado, sino a nosotros y a toda sociedad.

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DEL  
ACEBUCHE: Las autoridades no toman en serio este tema. Se tiene al toxicómano como delincuente, aunque no cometa ningún delito. Es un círculo: drogas-delincuencia-drogas.

PSIQUIATRAS: No hay falta de conciencia social. Hay conciencia de incapacidad/imposibilidad.

A.T.S.: Mucha más información y concienciación de la sociedad, convencer que se trata de un problema nuestro.

b) - La insuficiencia de medios económicos y materiales.

EDUCADORES: Si se provoca al consumismo para esclavizar al hombre, para que sea "pieza obediente" del montaje y luego no satisface mínimamente sus necesidades económicas, está provocando "apetitos INSACIABLES". Por otra parte, no aporta lo suficiente para paliar los daños que ha provocado.

MEDICOS: Como enfermedad "social" debe ser la sociedad, en este caso la Administración, quien dote adecuadamente de programas y dinero para la solución de la toxicomanía.

ASISTENTES SOCIALES: -----  
Falta que la Administración Pública aborde seriamente la cuestión, libere fondos necesarios. Vea como una urgencia atender al sector afectado.

PSICOLOGOS: Vinculación de los equipos de investigación con la universidad, generación de recursos en Instituciones Públicas y privadas, vinculación de los programas con el Plan Nacional de Investigación, promoción del conocimiento planes sectoriales, ayudas familiares y sociales.

FARMACEUTICOS: La falta de medios es evidente. Falta colaboración.

ABOGADOS  
JURISTAS: Existe insuficiencia relativa, pero sí existe en mayor medida descoordinación y duplicidad de medios humanos y materiales.

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL

ACEBUCHE: Dotar a las Instituciones de los medios necesarios para prevenir la drogadicción.

PSIQUIATRAS: Instancias al Gobierno. Eludir campañas de caridad.

A.T.S.: El Estado debería acrecentar la aportación económica. Algún sorteo de la lotería.

c) - Escasez de personal especializado.

EDUCADORES: No se ha atacado seriamente el problema cuando no se invierte en EL FACTOR HUMANO NI PARA PREVENIR NI PARA REHABILITAR.

MEDICOS: Aumento de la formación e información de los padres, educadores y profesionales sanitarios.

El personal, salvo contadas excepciones, no está capacitado científicamente para tratar a estos pacientes, dependiendo más del voluntariado e Instituciones Religiosas.

ASISTENTES

SOCIALES: Que se considere la importancia del tema y pueda prepararse al personal en formación y dedicarse plenamente a los drogadictos.

PSICOLOGOS: Como necesidad urgente se impone la especialidad del personal técnico.

FARMACEUTICOS: Al no haber medios no se puede formar personal especializado. Invitación a la cooperación.

ABOGADOS

JURISTAS: Falta experiencia, para formar con garantía personal auténticamente especializado.

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL  
ACEBUQUE:

No existe un personal especializado para la rehabilitación y tratamiento. Debería actuarse en equipo multidisciplinar de médicos, psicólogos, juristas y educadores especialistas en el tema.

PSIQUIATRAS: Formación de técnicos especializados.

A.T.S.: Gran escasez de personas plenamente formadas y con total vocación-dedicación, para conseguir esto más ayuda de Estado.

d) - Lagunas en la investigación médica y farmacológica.

EDUCADORES: Ninguno contesta.

MEDICOS: Posiblemente por la escasez de dotación para la investigación científica y farmacológica. Realización de proyectos de investigación y de contraste entre las diferentes técnicas, con planteamientos minimamente aceptados.

ASISTENTES SOCIALES: Más especialización y plena dedicación. Abordaje terapéutico y continuado, desde un punto de vista multidisciplinar: biológico, fisiológico, psicológico y sociológico. Aprovechar el voluntariado y trabajo de clase.

PSICOLOGOS: Deben darse pasos muy concretos en el tratamiento de drogodependientes, más investigación médica y farmacológica. La investigación del fenómeno de drogodependencias debe estar orientada en diferentes vertientes biológica, fisiológica, psicológica, social y sociológica.

FARMACEUTICOS: Toda investigación cara se hace con medios y personal especializado. Si no hay recursos, imposible.

ABOGADOS JURISTAS: Todavía son notorias. Déficit profesional.

FUNCIONARIOS DE LA PRISION DEL ACEBUCHE: No contestan.

PSIQUIATRAS: Hay lagunas.

A.T.S.: Es necesaria mucha más investigación en farmacología y técnicas de rehabilitación. Las lagunas se deben a insuficiencia de recursos, existe un centro estatal sobre la materia en Madrid.

e) - Sobre la normativa de las comunidades terapéuticas.

EDUCADORES: Quizá les faltan equipos abiertos y bien formados y preparados para solucionar el problema.

MEDICOS: Exigir más normas mínimas, para que se puedan titular terapeutas que recojan un programa terapéutico en una de las líneas científicamente reconocidas. Personal titulado para ejecutarlo y proyecto económico para mantenerlo.

ASISTENTES SOCIALES: Da la sensación de que muchas de las Comunidades parecen un negocio empresarial, más que un centro de salud mental. Debe tenerse en cuenta el derecho fundamental del hombre: su salud.

PSICOLOGOS: Vigilar las iniciativas llevadas por grupos no científicos. Las hay muy buenas, como "Proyecto Hombre".

FARMACEUTICOS: Las Comunidades terapéuticas deberían ser controladas por la Iglesia y subvencionadas por el Estado, totalmente.

ABOGADOS

JURISTAS: Casi inexistente. Este laguna legal deja un excelente campo abandonado para especuladores y desaprensivos que explotan esta desgracia.



FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL  
ACEBUQUE:

Mientras están en ellas, se encuentran bien, pero no salen preparados para hacer frente al mundo que dejaron. Por ello vuelven a caer.

PSIQUIATRAS: No contestan.

A.T.S.: No están unidas, las hay que empezaron bien degenerando en negocio económico o de ideología de secta, hay pocas y poco dotadas.

f) - La casi ausencia de intercambios y experiencias.

EDUCADORES: Los dedicados al tema forman una especie de instituciones cerradas, quizá por falta de verdaderos especialistas y equipos.

MEDICOS: Fomento de los intercambios. Hay que aprovechar lo mejor de cada sistema.

ASISTENTES  
SOCIALES: Organizar simposios, congresos, jornadas de trabajo teniendo en cuenta lo interesante de los intercambios. Nadie debe creer tener la verdad en exclusiva.

PSICOLOGOS: Potenciados a nivel nacional e internacional: congresos, simposios, becas... Hay que incrementar las experiencias y sistemas de tratamiento, para evitar la aplicación de métodos poco experimentados.

FARMACEUTICOS: Por aquí no hay intercambios.

ABOGADOS  
JURISTAS: Falta de profesionalización y de experiencias serias generan esta insuficiencia.

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL

ACEBUCHE: Lleva consigo que no avance lo que se debería en la recuperación de los toxicómanos. Trae desilusión entre los que dirigen a pequeños grupos. Cada drogadicto es un caso distinto.

PSIQUIATRAS: Propiciar intercambio de estancias, aprendizaje de técnicas.

A.T.S.: Ausencia de intercambios, que les daría fuerza y eficacia.

g) - Problemas de la propia personalidad del toxicómano.

EDUCADORES: Habría que concienciar al toxicómano de que su estado es una enfermedad que puede curarse y aspirar a un estado mejor. Potenciar la voluntad del enfermo.

MEDICOS: Es preciso un conocimiento exhaustivo del toxicómano. Modificar hábitos y conductas, mejorar el entorno es facilitar el inicio de un posible cambio de conducta.

ASISTENTES SOCIALES: La personalidad del drogadicto es variable, sigue pautas desconcertantes, carece de lógica. Independiente, a veces desafiantes, otras sin voluntad, pasivos.

PSICOLOGOS: Estudio de la influencia del medio social. De las atribuciones causales. Estudio del locus de control... Los problemas dependen y están en función del enganche o de la dependencia, mentes débiles, voluntades incontroladas...

FARMACEUTICOS: Cada toxicómano es un mundo, ya sea respecto a él mismo o a la Sociedad.

ABOGADOS  
JURISTAS: Frecuente entrecruzamiento de la drogodependencia con diversas alteraciones mentales. La sociedad consumista, el ocio, el desem-

pleo coadyuvan de forma determinante, en la gravedad del fenómeno.

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL

ACEBUCHE: Se cierra en sí mismo; no se fía de nadie; pierde los valores humanos. Pasa del sueño profundo a la agresividad.

PSIQUIATRAS: Análisis en corte longitudinal, más que transversal de las influencias de naturaleza exógena.

A.T.S.: Cada drogadicto necesita su propio tratamiento total. Hay que estar con él hasta que pueda caminar seguro por sí mismo.

h) - Legislación sobre la rehabilitación.

EDUCADORES: Debe estar inspirada en el amor y la libertad y con visión de futuro, potenciando una mayor concienciación social. Penalizar la venta-consumo y tráfico, sobre todo en público.

MEDICOS: La necesaria para dejar y alentar que afloren proyectos serios, separándolos de los sensacionalistas o intrusistas que deterioran la imagen y credibilidad de todos.

ASISTENTES  
SOCIALES:

La legislación en la materia es tolerante, no hay medidas importantes para combatir la epidemiología. Habría que potenciar una mayor conciencia social

PSICOLOGOS: Medidas excesivamente permisivas en cuanto al tráfico y consumo de drogas, que quedan reflejadas en el Código Penal.

FARMACEUTICOS: Desconocen.

ABOGADOS  
JURISTAS:

Escasa. Casi nula. La existente encuentra insalvables obstáculos para su aplicación por falta de establecimientos adecuados.

Debería suspenderse la ejecución de las condenas impuestas a drogadictos si se acreditase que se encuentran en tratamiento de su enfermedad, para la rehabilitación.

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL  
ACEBUCHE:

Legislación general sobre drogas.

PSIQUIATRAS: No saben, no contestan.

A.T.S.: La legislación es deficiente: débil con los traficantes. Poco eficaz en el trato a los encarcelados drogodependientes delincuentes.

i) - Otros problemas.

EDUCADORES: Carencia de Centros Penitenciarios para toxicómanos delincuentes a fin de combatir eficazmente el problema.

MEDICOS: Serían, en primer lugar, permitir la oferta de la droga; una legislación que permita un control más riguroso en el uso, transporte y consumo. Falta de educación para la salud.

ASISTENTES  
SOCIALES:

La familia y la sociedad no se responsabilizan, mientras no se sientan acosados por algún familiar víctima de tal situación o el ambiente llega a tal extremo que es imposible la convivencia humana. Hay intereses económicos y falta de una adecuada política internacional que erradique el tráfico.

PSICOLOGOS: En el campo de la toxicomanía existen muchos problemas. Es muy importante el de la atención al toxicómano y leyes que lo amparen, pero, al mismo tiempo, que le aparten del consumo potenciado, facilitándole medidas preventivas. Otras son la falta de sensibi-

lidad de los medios de comunicación social, intrusismo por parte de grupos acientíficos, falta de medios para la atención próxima al drogadicto.

FARMACEUTICOS: Falta de responsabilidad administrativa. Ausencias de criterios objetivos.

ABOGADOS

JURISTAS: Falta de valores morales y estímulos.

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL

ACEBUCHE: Se encuentran solos y en un callejón sin salida. Suelen utilizar la mentira como sistema. Han perdido todo tipo de valores, incluso la vida.

PSIQUIATRAS: Deben ser abordados por las altas esferas del Estado.

A.T.S.: Falta de educación preventiva en la infancia y adolescencia, carencia de asociaciones juveniles con monitores socio-educativos.

### 3.2.2.- Nº 8 SOLUCIONES: A LOS PROBLEMAS CITADOS.

a) - Medidas de fomento de la conciencia social.

EDUCADORES: Medidas de todo tipo tendentes a frenar esta carrera Consumista que nos está llevando a todos a un final completamente opuesto al que nos hacen creer: vacío, soledad, infelicidad.

Planificación educativa seria: preventiva para niños y jóvenes, de simpatía y esperanza para enfermos y familiares. Campañas TV bien estudiadas.

Prevenir: conferencias, mesas redondas, vídeos... En Institutos, Escuelas Medias y Superiores. Evitar la caída en las próximas generaciones.

MEDICOS: Formar parte de la educación de salud escolar. Formación de educadores y de todas aquellas personas en contacto con el niño. Aumentar la sensibilidad de la población. Evaluar realmente las magnitudes del problema.

ASISTENTES SOCIALES: Información adecuada sobre el tema, no ya sólo en los medios de comunicación, sino en áreas como educación, cultura, ocio y tiempo libre.

PSICOLOGOS: Información suficiente a la población, charlas, coloquios, leyes, ayudas familiares, campañas con fundamento real. Dinámica de grupos.

FARMACEUTICOS: Campañas sanitarias para jóvenes desde muy corta edad y para adultos, no tolerar tráfico ni consumo. Formar conciencia social.

ABOGADOS  
JURISTAS: Campañas serias y bien programadas en los medios de comunicación social, mantenidas en el tiempo y no "ocasionales".

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL

ACEBUCHE: Aumentar y divulgar información en los medios audiovisuales del problema de la droga. Concienciar a la sociedad y sobre todo al gobierno.

PSIQUIATRAS: La sociedad ya tiene conciencia, debe mejorarse.

A.T.S.: Concienciar a los padres, a los educadores, a cuantos ejercen autoridad de su responsabilidad peculiar frente al problema.

b) - Medidas económicas y materiales.

- EDUCADORES: No escatimar medios. Es una inversión rentable para la salud. Presentar planes concretos, prácticos y reales a los Organismos Oficiales. Mayores dotaciones presupuestarias a niveles de Estado y Autonomías.
- MEDICOS: Incremento de estas medidas en todos los aspectos. Creación y dotación de centros especializados.
- ASISTENTES SOCIALES: Aprovechar los profesionales, utilizar mejor los medios. Coordinación de recursos en materia de servicios sociales, atención primaria y medidas de retención.
- PSICOLOGOS: Disponibilidad de los medios materiales, instrumentales, bibliográfico... de la universidad, gestión directa con organismos, discutiendo los proyectos, solicitud de ayudas para la investigación aplicada, mejora de servicios sociales.
- FARMACEUTICOS: Poder aportar más medios.
- ABOGADOS  
JURISTAS: Dotación presupuestaria por el Estado, Comunidades Autónomas y Entidades Locales. Creación de centros especializados, dotados y controlados.
- FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL  
ACEBUCHÉ: Ayuda estatal. Creación de Centros de Desintoxicación. Incremento del tratamiento ambulatorio.
- PSIQUIATRAS: Contribuir con dinero canalizado mediante una pequeño impuesto a nivel de Estado.
- A.T.S.: Familias, Ayuntamientos, Autonomías, Gobierno, Asociaciones Benéficas... coordinación para mejor empleo de recursos, siempre escasos.

c) - Preparación de personas especializadas.

- EDUCADORES: Es lo más importante. Servirse de la experiencia de propios rehabilitados. Facilitar una Diplomatura Educativo-médica.
- MEDICOS: Creación de centros de formación de personal sanitario y colaborador como médicos, psicólogos, asistentes sociales, pedagogos, profesores...
- Enseñanza de este área en facultades y cursos de reciclaje al personal que trabaja en este campo.
- ASISTENTES SOCIALES: Contemplar la cuestión vocacional, permanente formación de este personal, en contacto directo con el drogadicto: becas, investigación para profesionales que trabajen con población de alto riesgo. Continuos cambios de experiencias.
- PSICOLOGOS: Constitución de equipos interdisciplinarios y elaboración de curriculum según especialidades. Formación en teoría y practica de la investigación. Elaboración de contenidos y prácticas en distintos lugares de trabajo.
- FARMACEUTICOS: Con mas medios se pueden formar más personas.
- ABOGADOS  
JURISTAS: Especializaciones profesionales de médicos, psicólogos, educadores, asistentes sociales. Intercambios de experiencias.
- FUNCIONARIOS DE LA PRISION DE EL  
ACEBUQUE: Cursos de formación para especialistas en tratamiento.
- PSIQUIATRAS: Formación de una escala de técnicos, en Escuelas Universitarias.
- A.T.S.: Aprovechar la formación básica de diplomados, titulados superiores, becas para los que sientan vocación.



- d) - Medidas en cuanto al fomento de la investigación médica y farmacológica.
- EDUCADORES: Es imprescindible como gran ayuda. Se trata de especialidades interdisciplinarias: educación, psicología, medicina.
- MEDICOS: Cualquier iniciativa en este aspecto debe ser bien acogida. Aumento de recursos formativos y económicos.
- ASISTENTES SOCIALES: Dotar de medios económicos a expertos profesionales en higiene mental, como a Instituciones tanto públicas como privadas, que merezcan plena garantía. Estudiar experiencias de otros países que hayan resultado positivas.
- PSICOLOGOS: Potenciación de fondos económicos en cursos de trabajo en investigación y ciencia. Cursos, revistas informativas en el tema.
- FARMACEUTICOS: Más medios, más formación profesional, mas investigación. Prohibición del tráfico de drogas.
- ABOGADOS
- JURISTAS: Dotación presupuestaria de ayudas a estas investigaciones.
- FUNCIONARIOS DE LA PRISION DE EL ACEBUCHE: No contestan.
- PSIQUIATRAS: No contestan.
- A.T.S.: Becas y subvención a los mejores proyectos científicos: farmacológicos, médicos sociológicos, psicológicos. Responsabilidad en el recetismo y consumo de fármacos.

e) - Normativa de las comunidades terapéuticas.

- EDUCADORES: Que sean verdaderas comunidades donde el toxicómano se sienta feliz y realizado y no como encerrado en un internadero. Indispensable crear una normativa legal, con el consejo de personal cualificado.
- MÉDICOS: Actualización y evaluación objetiva de los resultados.
- ASISTENTES SOCIALES: Mayor control sobre gestión, objetivos sanitarios, métodos terapéuticos que las experiencias no sean sólo de voluntarios.
- PSICOLOGOS: Mayor control y seguridad, menos competencia y más colaboración; cuidado con las de escasa relevancia científica.
- FARMACEUTICOS: Hacer normativas con conocimiento del problema.
- ABOGADOS  
JURISTAS: Legislación precisa sobre requisitos, garantías, organización, funcionamiento, transparencia económica de estas Comunidades.
- FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL  
ACEBUCHE: Al toxicómano hay que tratarlo en su medio de vida, con su familia.
- PSIQUIATRAS: No contestan.
- A.T.S.: Supervisión de las Comunidades. a) para perfeccionarlas, b) para evitar sectas, participación familiar.

f) - Promoción de intercambio de experiencias.

- EDUCADORES: Sería un delito no poner al alcance de otros las experiencias positivas o negativas en este campo. Ayudas para la organización de estos intercambios imprescindibles.
- MÉDICOS: Igual que en investigación debieran promoverse seminarios, charlas... entre el personal médico y para-médico interesado. Coordinación de todos los sectores y frentes de lucha contra la toxicomanía.
- ASISTENTES SOCIALES: Cursos intensivos de carácter interdisciplinar, donde se intercambien experiencias y se contacte con profesionales de distintos centros y lugares más o menos experimentados. Mesas redondas.
- PSICOLOGOS: Ayuda a la investigación interdisciplinaria, promoción y desarrollo de congresos, jornadas a nivel institucional, intercambios profesionales en distintos lugares de trabajo, fomentar puestas en común de todo tipo de expectativas de tratamiento.
- FARMACEUTICOS: Creación de Centros Sociales Regionales y Nacionales, que coordinen todo el trabajo.
- ABOGADOS  
JURISTAS: No contestan.
- FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL  
ACEBUCHÉ: Se deberían exigir informes de la observación directa o intercambiarlos con las demás experiencias, es decir una puesta en común.
- PSIQUIATRAS: Intercambio de estancias entre técnicos.
- A.T.S.: Necesarios: a) a nivel de Autonomías, b) a nivel de Estado, c) a nivel Internacional, recoger información y experiencia.

g) - Estudio de la personalidad del toxicómano.

EDUCADORES: Invertir con generosidad en la investigación para formar verdaderos especialistas en personalidad.

MÉDICOS: En este aspecto creo que psicólogos y psiquiatras tendrían mucho que decir. Dotar a los equipos de estudio de auténticos profesionales, que conozcan el problema.

ASISTENTES SOCIALES: En el tratamiento hay que considerar diversas fases: acogida, comunidad terapéutica, reinserción social. Estudiar cada caso individualmente y por equipos de expertos, tanto en medicina, como psicología, pedagogía y de una forma exhaustiva.

PSICOLOGOS: Análisis de investigaciones y estudios minuciosos que clarifiquen la personalidad del toxicómano.

FARMACEUTICOS: Estudio de cada persona en particular.

ABOGADOS

JURISTAS: No contestan.

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL

ACEBUCHE: Hacer un seguimiento práctico con la ayuda de los que viven con él, no ceñirse sólo a las entrevistas típicas.

PSIQUIATRAS: No contestan.

A.T.S.: Hay que llegar a la etiología de cada paciente para poder hacer una terapia psicosomática.

h) - Medidas legislativas.

- EDUCADORES: No esperar a que el problema se nos escape y se cobre demasiadas víctimas. Prevenir el futuro a través de las leyes. Trabajo remunerado a los drogodependientes en situación de paro.
- MÉDICOS: Mayor conocimiento por los gobernantes. Contar con profesionales para aplicar medidas prioritarias.
- ASISTENTES SOCIALES: Prohibición de la venta, consumo, penalización del consumo, tráfico y venta. Menos permisividad en esta materia.
- PSICOLOGOS: Potenciar mayor grado de penalización en cuanto al tráfico y consumo en todo el ámbito de consumo de drogas.
- FARMACEUTICOS: Legislación justa, la cual es bastante difícil de hacer, sobre el tratamiento.
- ABOGADOS  
JURISTAS: Creación de centros de tratamiento a cargo del Estado.
- FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL  
ACEBUQUE: Adecuación de la legislación primitiva al estudio individualizado del caso concreto.
- PSIQUIATRAS: No contestan.
- A.T.S.: Poner en práctica lo legislado y legislar para cubrir los vacíos legales que existen.

i) - Otro tipo de medidas.

EDUCADORES: Medidas tendentes a que los Estados, Iglesias, Familias y otras Instituciones no manipulen y hagan de la persona un robot que baile al son de y para sus intereses.

Fomento de la solidaridad humana a nivel de los valores. Medidas serias de los Estados para erradicar la producción y tráfico de los estupefacientes.

MÉDICOS: Seriedad en las medidas tendentes a la solución.

ASISTENTES

SOCIALES: Medidas preventivas y educacionales, que puedan ser aplicadas en los lugares de diversión y ocio. Las Autonomías tendrían que apoyar a las Instituciones que vocacionalmente favorezcan los comportamientos sociales positivos. como son: los de austeridad, solidaridad y trabajo.

Fomento de campañas sobre empleo del toxicómano *como medida muy importante de rehabilitación.*

PSICOLOGOS: Personal preparado, acogida al toxicómano, adopción de criterios de rendimiento, mayor control de los sujetos que integran los grupos de seguimiento, explotación del conocimiento médico.

FARMACEUTICOS: Medios abundantes para hacer lo posible. Aplicar los métodos del NIDA (USA).

ABOGADOS

JURISTAS: No contestan.

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL

ACEBUCHÉ: Hay que hacer participe del problema al mayor número de colectivos. Ganarse la confianza del toxicómano.

PSIQUIATRAS: Medidas legislativas tendentes a legalizar las drogas y administrarltras por Centros Sanitarios.

A.T.S.: Endurecimiento penal, diagnóstico precoz en la familia cuando hay un miembro drogadicto. Presencia de la familia en los Centros que funcionan.

3.2.3.- Nº 9 PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON OPIACEOS SINTETICOS-METADONA...-COMO MEDIO DE DESHABITUACION.

EDUCADORES:

OPINION SOBRE OPIACEOS	NUMERO
SI .....	2
NO .....	3
NO CONOZCO EL TEMA .....	1
BASE .....	6

MÉDICOS:

OPINION SOBRE OPIACEOS	NUMERO
SI .....	2
NO .....	0
NO CONOZCO EL TEMA .....	0
BASE .....	2

- Sí un medio más. Están clínicamente evaluados legalmente regulados. Sí, en algunos casos; no en la mayoría.

ASISTENTES SOCIALES:

OPINION SOBRE OPIACEOS	NUMERO
SI .....	0
NO .....	2
NO CONOZCO EL TEMA .....	1
BASE .....	3

PSICOLOGOS:

OPINION SOBRE OPIACEOS	NUMERO
SI .....	1
NO .....	1
NO CONOZCO EL TEMA .....	2
BASE .....	4

FARMACEUTICOS:

OPINION SOBRE OPIACEOS	NUMERO
SI .....	1
NO .....	1
NO CONOZCO EL TEMA .....	6
BASE .....	8

ABOGADOS-JURISTAS:

OPINION SOBRE OPIACEOS	NUMERO
SI .....	1
NO .....	4
NO CONOZCO EL TEMA .....	0
BASE .....	5

FUNCIONARIOS DE LA PRISION DE EL ACEBUCHÉ:

OPINION SOBRE OPIACEOS	NUMERO
SI .....	0
NO .....	1
NO CONOZCO EL TEMA .....	2
BASE .....	3

PSIQUIATRAS: Sí por las experiencias con metadona en la  
Consejería de Salud de Almería.



A.T.S.:

OPINION SOBRE OPIACEOS	NUMERO
SI .....	0
NO .....	3
NO CONOZCO EL TEMA .....	0
BASE .....	3

3.2.4.- Nº 10: CENTROS DE REHABILITACION: EN ALMERIA Y EN ESPAÑA. JUICIO ACERCA DE LOS MISMOS.

a) - Comunidades Terapéuticas.

EDUCADORES: Para la rehabilitación es imprescindible la Comunidad.

MÉDICOS: Tanto internado como externado producen resultados negativos. Deben formar parte de una cadena existencial del enfermo.

ASISTENTES SOCIALES: Depende de centros, hay centros negocio, centros servicio, centros donde se trabaja y centros donde se está.

Dotados de personal profesional especializado tienen un cometido importante en la rehabilitación de los toxicómanos.

PSICOLOGOS: Creo que realizan una buena labor por lo que tienen de ejemplar y motivante para el sujeto, su eficacia en la rehabilitación depende fundamentalmente de cómo se siga la terapia de apoyo.

FARMACEUTICOS: Se prefiere el internado.

ABOGADOS

JURISTAS: No hay centros públicos, los privados no ofrecen garantía especial. Abundan los "puros" negocios privados.

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL

ACEBUCHÉ: Muy buenos, pues aíslan al drogodependiente del medio ambiente en el que se mueve, rompe con la pandilla, recibe una terapia de grupo que va calando dentro de él. El problema surge al volver a su entorno social.

PSIQUIATRAS: Dentro de la pobreza de resultados, el sistema más eficaz.

A.T.S.: En una primera etapa es imprescindible el régimen de internado.

b) - Centros asistenciales de externado.

EDUCADORES: Después del internado, a su tiempo conveniente, el tratamiento en externado. Seguimiento.

MÉDICOS: Mejores resultados en internado.

ASISTENTES  
SOCIALES:

Son fundamentales a la hora de la desintoxicación y seguimiento de diagnósticos, que sean centros donde se trabaja médicamente y con los familiares más importantes para los que empiezan el consumo.

PSICOLOGOS: Pienso que su eficacia dependerá de cómo se interrelacione la labor terapéutica con la red de apoyos sociales.

FARMACEUTICOS: No contestan.

ABOGADOS

JURISTAS: Creo que están funcionando mejor. Al menos hay un Centro Público en cada provincia andaluza.

FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL

ACEBUCHÉ: Buenos, depende mucho de las condiciones de cada sujeto. Hay peligro de recaer. El tratamiento ambulatorio parece más efectivo.

PSIQUIATRAS: Con el entorno actual, inútiles.

A.T.S.: 1) Aumentar el número; 2) perfeccionar los equipos de especialistas; 3) crear, próximos a los mismos, medios de internar a quienes es urgente desintoxicar.

3.2.5.- Nº 11 OPINION SOBRE EL PERSONAL QUE ATIENDE ESTOS CENTROS.

EDUCADORES: Insuficientemente capacitado y, por lo que se oye, "oportunista", salvo en "Proyecto Hombre" y algún otro.

MÉDICOS: Falta de motivación, formación y dotación de recursos. Son personas, en su mayoría, con voluntad y conciencia sobre el tema, pero sin cualificación a nivel técnico, sobre drogodependencias. Es un área de salud nueva.

ASISTENTES SOCIALES: En algunos casos este personal, por falta de medios e infraestructura, no está suficientemente formado, y en otros falta vocación y dedicación. En su mayoría parecen simples funcionarios, rutinarios, carentes de humanidad.

PSICOLOGOS: Con respecto a los del internado: falta de formación reglada, con respecto a los del externado: habilitación de medios para el reciclaje de los equipos. En general se va avanzando en la preparación del personal, pero es necesario incrementarla.

FARMACEUTICOS: Bastantes aficionados, algunos bien intencionados, negociantes bastantes. Centros regidos por sectas en busca de lucro, que anulan psíquicamente al enfermo.

ABOGADOS JURISTAS: En internados hay mucho aficionado. Es frecuente el drogadicto rehabilitado que se constituye en suprema autoridad de tales centros. Indudablemente será un auxiliar fundamental, pero no puede sustituir al auténtico personal especializado.

**FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL**

**ACEBUCHÉ:** Ha de ser personal muy cualificado. Conjugar bondad con firmeza, que ejerza autoridad sobre el drogadicto.

**PSIQUIATRAS:** Escasa profesionalidad en los del internado y escasa capacitación en los externos.

**A.T.S.:** En general no bien remunerado, escasez, bastantes se están iniciando, tentación de cambiar de trabajo para irse a otro profesionalmente más gratificante.

**3.2.6.- Nº 12 CONOCIMIENTO DEL PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS 1.985**

**EDUCADORES:**

CONOCIMIENTO PLAN NAC. DROGAS 1.985	NUMERO
SI LO CONOZCO.....	2
NO LO CONOZCO.....	1
SE QUE EXISTE PERO NO LO HE LEIDO....	3
BASE .....	6

**MÉDICOS:**

CONOCIMIENTO PLAN NAC. DROGAS 1.985	NUMERO
SI LO CONOZCO.....	2
NO LO CONOZCO.....	0
SE QUE EXISTE PERO NO LO HE LEIDO....	0
BASE .....	2

No se ajusta a la magnitud del problema. Ha sido útil para la ordenación del sector.

#### ASISTENTES SOCIALES:

CONOCIMIENTO PLAN NAC. DROGAS 1.985	NUMERO
SI LO CONOZCO.....	2
NO LO CONOZCO.....	1
SE QUE EXISTE PERO NO LO HE LEIDO....	0
BASE .....	3

Bastante aceptable, necesita ser asimilado y practicar desde las Autonomías, pues dada la peculiaridad de cada zona, hacen difícil la coordinación y aplicación estandarizada del mismo.

#### PSICOLOGOS:

CONOCIMIENTO PLAN NAC. DROGAS 1.985	NUMERO
SI LO CONOZCO.....	1
NO LO CONOZCO.....	0
SE QUE EXISTE PERO NO LO HE LEIDO....	3
BASE .....	4

#### FARMACEUTICOS:

CONOCIMIENTO PLAN NAC. DROGAS 1.985	NUMERO
SI LO CONOZCO.....	0
NO LO CONOZCO.....	5
SE QUE EXISTE PERO NO LO HE LEIDO....	3
BASE .....	8

No afronta la realidad.

#### ABOGADOS-JURISTAS:

CONOCIMIENTO PLAN NAC. DROGAS 1.985	NUMERO
SI LO CONOZCO.....	2
NO LO CONOZCO.....	0
SE QUE EXISTE PERO NO LO HE LEIDO....	3
BASE .....	5

De momento hay ambiciosos proyectos y programas bien estudiados. Los resultados son escasos todavía.

FUNCIONARIOS DE LA PRISION DE EL ACEBUCHÉ:

CONOCIMIENTO PLAN NAC. DROGAS 1.985	NUMERO
SI LO CONOZCO.....	1
NO LO CONOZCO.....	2
SE QUE EXISTE PERO NO LO HE LEIDO....	0
BASE .....	3

Bueno pero insuficiente. Aumentar los centros de tratamiento ambulatorio. Comunidades terapéuticas y centros de reinserción.

PSIQUIATRAS:

CONOCIMIENTO PLAN NAC. DROGAS 1.985	NUMERO
SI LO CONOZCO.....	2
NO LO CONOZCO.....	0
SE QUE EXISTE PERO NO LO HE LEIDO....	0
BASE .....	2

A.T.S.:

CONOCIMIENTO PLAN NAC. DROGAS 1.985	NUMERO
SI LO CONOZCO.....	0
NO LO CONOZCO.....	2
SE QUE EXISTE PERO NO LO HE LEIDO....	1
BASE .....	3

3.2.7.- Nº 13 EL TOXICOMANO: ¿ENFERMO "SUI GENERIS" O "MARGINADO SOCIAL"?

EDUCADORES: Es un enfermo, marginado socialmente. Enfermo, en primer lugar.

MÉDICOS: Enfermo sui generis, socialmente marginado. La curación depende fundamentalmente de él. Enfermo contagioso.

**ASISTENTES**

**SOCIALES:** Las dos cosas: es un enfermo marginal socialmente, hay que estudiar individualmente cada caso.

**PSICOLOGOS:** Debe considerarse como un enfermo que conlleva a la marginación social.

**FARMACEUTICOS:** Como un enfermo íntimamente relacionado con la marginación social.

**ABOGADOS**

**JURISTAS:** Como un enfermo y marginado.

**FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL**

**ACEBUCHE:** Ambas cosas, en un porcentaje elevado es un enfermo. No se cura por no tener la debida asistencia. Al continuar en la droga ya es un marginado social.

**PSIQUIATRAS:** Enfermos y marginados sociales.

**A.T.S.:** Un enfermo, quizá ya antes de ir a la droga y claramente enfermo cuando es drogodependiente, también un marginado social.

3.2.8.- Nº 14 MOTIVOS QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA.

EDUCADORES:

MOTIVOS QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA	NUMERO
1.-ESTAR A DISGUSTO EN ESTA SOCIEDAD...	4
2.-ESCAPAR PROBLEMAS PERSONALES.....	4
3.-EL GUSTO DE HACER LO PROHIBIDO.....	2
4.-SENTIRSE LIBRE.....	3
5.-ENCONTRAR UN NUEVO ESTILO DE VIDA...	1
6.-PASAR EL RATO.....	1
7.-PORQUE "PASAN DE TODO".....	3
8.-PARA ESTUDIAR O TRABAJAR MEJOR.....	1
9.-PARA FACILITAR CONTACTO SOCIAL.....	1
10.-PORQUE ES COSTUMBRE SOCIAL.....	2
11.-POR NO SER TENIDO POR RARO.....	1
12.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU FAMILIA....	5
13.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU TRABAJO....	3
14.-DESEO DE SER MIEMBRO DEL GRUPO.....	1
15.-EXPERIMENTAR PLACER, ANIMARSE.....	5
16.-POR CURIOSIDAD Y DESEO DE SENTIR....	2
17.-SENSACIONES NUEVAS.....	5
18.-CALMAR NERVIOS.....	1
19.-DORMIR MEJOR.....	1
20.-ENFERMEDAD-DOLOR.....	2
BASE .....	6



MÉDICOS:

MOTIVOS QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA	NUMERO
1.-ESTAR A DISGUSTO EN ESTA SOCIEDAD...	2
2.-ESCAPAR PROBLEMAS PERSONALES.....	1
3.-EL GUSTO DE HACER LO PROHIBIDO.....	1
4.-SENTIRSE LIBRE.....	0
5.-ENCONTRAR UN NUEVO ESTILO DE VIDA...	0
6.-PASAR EL RATO.....	0
7.-PORQUE "PASAN DE TODO".....	0
8.-PARA ESTUDIAR O TRABAJAR MEJOR.....	0
9.-PARA FACILITAR CONTACTO SOCIAL.....	0
10.-PORQUE ES COSTUMBRE SOCIAL.....	0
11.-POR NO SER TENIDO POR RARO.....	0
12.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU FAMILIA....	0
13.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU TRABAJO....	0
14.-DESEO DE SER MIEMBRO DEL GRUPO.....	2
15.-EXPERIMENTAR PLACER, ANIMARSE.....	1
16.-POR CURIOSIDAD Y DESEO DE SENTIR....	0
17.-SENSACIONES NUEVAS.....	1
18.-CALMAR NERVIOS.....	0
19.-DORMIR MEJOR.....	0
20.-ENFERMEDAD-DOLOR.....	0
BASE .....	2

**ASISTENTES SOCIALES:**

MOTIVOS QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA	NUMERO
1.-ESTAR A DISGUSTO EN ESTA SOCIEDAD...	2
2.-ESCAPAR PROBLEMAS PERSONALES.....	2
3.-EL GUSTO DE HACER LO PROHIBIDO.....	1
4.-SENTIRSE LIBRE.....	1
5.-ENCONTRAR UN NUEVO ESTILO DE VIDA...	1
6.-PASAR EL RATO.....	1
7.-PORQUE "PASAN DE TODO".....	1
8.-PARA ESTUDIAR O TRABAJAR MEJOR.....	1
9.-PARA FACILITAR CONTACTO SOCIAL.....	1
10.-PORQUE ES COSTUMBRE SOCIAL.....	1
11.-POR NO SER TENIDO POR RARO.....	1
12.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU FAMILIA....	2
13.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU TRABAJO....	1
14.-DESEO DE SER MIEMBRO DEL GRUPO.....	1
15.-EXPERIMENTAR PLACER, ANIMARSE.....	2
16.-POR CURIOSIDAD Y DESEO DE SENTIR....	2
17.-SENSACIONES NUEVAS.....	2
18.-CALMAR NERVIOS.....	1
19.-DORMIR MEJOR.....	1
20.-ENFERMEDAD-DOLOR.....	1
BASE .....	3

PSICOLOGOS:

MOTIVOS QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA	NUMERO
1.-ESTAR A DISGUSTO EN ESTA SOCIEDAD...	2
2.-ESCAPAR PROBLEMAS PERSONALES.....	3
3.-EL GUSTO DE HACER LO PROHIBIDO.....	1
4.-SENTIRSE LIBRE.....	1
5.-ENCONTRAR UN NUEVO ESTILO DE VIDA...	2
6.-PASAR EL RATO.....	1
7.-PORQUE "PASAN DE TODO".....	2
8.-PARA ESTUDIAR O TRABAJAR MEJOR.....	2
9.-PARA FACILITAR CONTACTO SOCIAL.....	2
10.-PORQUE ES COSTUMBRE SOCIAL.....	1
11.-POR NO SER TENIDO POR RARO.....	1
12.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU FAMILIA....	2
13.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU TRABAJO....	2
14.-DESEO DE SER MIEMBRO DEL GRUPO.....	1
15.-EXPERIMENTAR PLACER, ANIMARSE.....	3
16.-POR CURIOSIDAD Y DESEO DE SENTIR....	2
17.-SENSACIONES NUEVAS.....	3
18.-CALMAR NERVIOS.....	2
19.-DORMIR MEJOR.....	2
20.-ENFERMEDAD-DOLOR.....	1
BASE .....	4

**FARMACEUTICOS:**

MOTIVOS QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA	NUMERO
1.-ESTAR A DISGUSTO EN ESTA SOCIEDAD...	3
2.-ESCAPAR PROBLEMAS PERSONALES.....	6
3.-EL GUSTO DE HACER LO PROHIBIDO.....	0
4.-SENTIRSE LIBRE.....	0
5.-ENCONTRAR UN NUEVO ESTILO DE VIDA...	1
6.-PASAR EL RATO.....	0
7.-PORQUE "PASAN DE TODO".....	0
8.-PARA ESTUDIAR O TRABAJAR MEJOR.....	0
9.-PARA FACILITAR CONTACTO SOCIAL.....	0
10.-PORQUE ES COSTUMBRE SOCIAL.....	0
11.-POR NO SER TENIDO POR RARO.....	0
12.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU FAMILIA....	1
13.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU TRABAJO....	2
14.-DESEO DE SER MIEMBRO DEL GRUPO.....	0
15.-EXPERIMENTAR PLACER, ANIMARSE.....	1
16.-POR CURIOSIDAD Y DESEO DE SENTIR....	5
17.-SENSACIONES NUEVAS.....	3
18.-CALMAR NERVIOS.....	2
19.-DORMIR MEJOR.....	0
20.-ENFERMEDAD-DOLOR.....	1
BASE .....	8

ABOGADOS-JURISTAS:

MOTIVOS QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA	NUMERO
1.-ESTAR A DISGUSTO EN ESTA SOCIEDAD...	3
2.-ESCAPAR PROBLEMAS PERSONALES.....	4
3.-EL GUSTO DE HACER LO PROHIBIDO.....	2
4.-SENTIRSE LIBRE.....	1
5.-ENCONTRAR UN NUEVO ESTILO DE VIDA...	2
6.-PASAR EL RATO.....	1
7.-PORQUE "PASAN DE TODO".....	1
8.-PARA ESTUDIAR O TRABAJAR MEJOR.....	3
9.-PARA FACILITAR CONTACTO SOCIAL.....	1
10.-PORQUE ES COSTUMBRE SOCIAL.....	1
11.-POR NO SER TENIDO POR RARO.....	1
12.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU FAMILIA...	3
13.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU TRABAJO...	3
14.-DESEO DE SER MIEMBRO DEL GRUPO.....	2
15.-EXPERIMENTAR PLACER, ANIMARSE.....	3
16.-POR CURIOSIDAD Y DESEO DE SENTIR...	2
17.-SENSACIONES NUEVAS.....	2
18.-CALMAR NERVIOS.....	4
19.-DORMIR MEJOR.....	2
20.-ENFERMEDAD-DOLOR.....	2
BASE .....	5

**FUNCIONARIOS DE LA PRISION DE EL ACEBUCHE:**

MOTIVOS QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA	NUMERO
1.-ESTAR A DISGUSTO EN ESTA SOCIEDAD...	1
2.-ESCAPAR PROBLEMAS PERSONALES.....	2
3.-EL GUSTO DE HACER LO PROHIBIDO.....	1
4.-SENTIRSE LIBRE.....	1
5.-ENCONTRAR UN NUEVO ESTILO DE VIDA...	2
6.-PASAR EL RATO.....	0
7.-PORQUE "PASAN DE TODO".....	1
8.-PARA ESTUDIAR O TRABAJAR MEJOR.....	0
9.-PARA FACILITAR CONTACTO SOCIAL.....	0
10.-PORQUE ES COSTUMBRE SOCIAL.....	0
11.-POR NO SER TENIDO POR RARO.....	1
12.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU FAMILIA....	2
13.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU TRABAJO....	2
14.-DESEO DE SER MIEMBRO DEL GRUPO.....	2
15.-EXPERIMENTAR PLACER, ANIMARSE.....	3
16.-POR CURIOSIDAD Y DESEO DE SENTIR....	2
17.-SENSACIONES NUEVAS.....	2
18.-CALMAR NERVIOS.....	0
19.-DORMIR MEJOR.....	0
20.-ENFERMEDAD-DOLOR.....	0
BASE .....	3

PSIQUIATRAS:

MOTIVOS QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA	NUMERO
1.-ESTAR A DISGUSTO EN ESTA SOCIEDAD...	2
2.-ESCAPAR PROBLEMAS PERSONALES.....	3
3.-EL GUSTO DE HACER LO PROHIBIDO.....	1
4.-SENTIRSE LIBRE.....	0
5.-ENCONTRAR UN NUEVO ESTILO DE VIDA...	0
6.-PASAR EL RATO.....	1
7.-PORQUE "PASAN DE TODO".....	1
8.-PARA ESTUDIAR O TRABAJAR MEJOR.....	0
9.-PARA FACILITAR CONTACTO SOCIAL.....	0
10.-PORQUE ES COSTUMBRE SOCIAL.....	1
11.-POR NO SER TENIDO POR RARO.....	0
12.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU FAMILIA....	1
13.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU TRABAJO....	0
14.-DESEO DE SER MIEMBRO DEL GRUPO.....	0
15.-EXPERIMENTAR PLACER, ANIMARSE.....	2
16.-POR CURIOSIDAD Y DESEO DE SENTIR....	2
17.-SENSACIONES NUEVAS.....	1
18.-CALMAR NERVIOS.....	0
19.-DORMIR MEJOR.....	0
20.-ENFERMEDAD-DOLOR.....	0
BASE .....	3

A.T.S.:

MOTIVOS QUE LLEVAN A LA DROGODEPENDENCIA	NUMERO
1.-ESTAR A DISGUSTO EN ESTA SOCIEDAD...	2
2.-ESCAPAR PROBLEMAS PERSONALES.....	3
3.-EL GUSTO DE HACER LO PROHIBIDO.....	2
4.-SENTIRSE LIBRE.....	0
5.-ENCONTRAR UN NUEVO ESTILO DE VIDA...	1
6.-PASAR EL RATO.....	0
7.-PORQUE "PASAN DE TODO".....	2
8.-PARA ESTUDIAR O TRABAJAR MEJOR.....	1
9.-PARA FACILITAR CONTACTO SOCIAL.....	0
10.-PORQUE ES COSTUMBRE SOCIAL.....	2
11.-POR NO SER TENIDO POR RARO.....	1
12.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU FAMILIA...	2
13.-SENTIRSE RECHAZADO EN SU TRABAJO...	1
14.-DESEO DE SER MIEMBRO DEL GRUPO.....	1
15.-EXPERIMENTAR PLACER, ANIMARSE.....	2
16.-POR CURIOSIDAD Y DESEO DE SENTIR....	2
17.-SENSACIONES NUEVAS.....	1
18.-CALMAR NERVIOS.....	0
19.-DORMIR MEJOR.....	2
20.-ENFERMEDAD-DOLOR.....	1
BASE .....	3

3.2.9.- Nº 15 SUGERENCIAS SOBRE EL TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE LA DROGODEPENDENCIA.

EDUCADORES: En la raíz está el negocio de unos que no reparan en medios para lograr adictos; en la realidad el desfondamiento de una sociedad que, cuestionando la escala de valores la ha destruido. Pero no ha sabido sustituirla por otra. Al menos la ha subvertido abiertamente. Priman, sin reparar en medidas, los valores económicos y hedónicos y a esta subversión se contribuye de forma masiva más o menos sutilmente

Que el Estado dote de Centros y personal especializado a cada provincia

MÉDICOS: Intensificación y atención en medidas terapéuticas. Felicitarles y mimarles para que continúen investigando.



**ASISTENTES  
SOCIALES:**

Contactar con los que viven el problema, enfermedad, vicio, y familia. Contacto a nivel "colega" no a nivel profesional de tú a Ud. y cuanto más cercano sea el contacto mejor.

La oferta social para el toxicómano, ha de ser no aislada hacia éste, sino de interés general para toda la población de riesgo.

**PSICOLOGOS:**

Metodología cualitativa, con técnicas preferentes de observación, entrevistas, registros de datos conductuales. Tratamiento psicológico con técnicas conductuales de reestructuración cognitiva.

**FARMACEUTICOS:**

El problema es tan amplio que es necesaria la colaboración internacional. Prohibición radical del tráfico; prevenir mejor que curar.

**ABOGADOS**

**JURISTAS:**

Esta encuesta debería hacerse entre Policías, Jueces, Abogados, Asistentes Sociales y Funcionarios de Prisiones.

**FUNCIONARIOS DE  
LA PRISION DE EL  
ACEBUCHE:**

No contestan.

**PSIQUIATRAS:**

Además de la socialización del problema hay que tender a la estabilización del mismo que promueva: Instituciones, Centros de Enseñanza, Centros de atención sanitaria, Centros de rehabilitación, medidas penales adecuadas para perseguir el narcotráfico de altura, medidas sociales de reinserción laboral.

**A.T.S.:**

Mentalizar la conciencia social de los almerienses y españoles en general, para que se dé entre nosotros, una mayor higiene mental.

# NOTAS

- (1) Instituto de Sociología Aplicada de Madrid (1987). El desenganche de la Droga. Ed. UNAT. Madrid (Pág. 123).



## IX.- DROGA Y ETICA



#### IX.- DROGA Y ETICA

- 1.- Aproximación ética al fenómeno de la droga.
- 2.- Principales carencias éticas.
- 3.- El debate: antiprohibicionismo=legalización "versus" no legalización.
- 4.- Los españoles en Europa: cambio de valores. Permisividad moral.



## 1.- Aproximación ética al fenómeno de la droga.

En este apartado me sirve de guía el pensamiento claro y profundo de Vidal, M. (1987), que sigo con la mayor fidelidad. (1)

El sentido y la función de una aproximación ética plantea varios interrogantes que exigen respuesta.

### 1.1.- Intereses y objetivos.

He aquí el cuadro de intereses y de objetivos que considero válido y funcional:

#### Intereses.

- \* Comprensión del fenómeno
- \* Valoración axiológica
- \* Eficacia transformativa

#### Objetivos.

- \* Salvación de la persona
- \* Educación o reeducación.
- \* Solución del problema.

### 1.2- Modelo ético y criterios básicos.

- El modelo de ética para realizar una correcta aproximación al fenómeno de la droga no puede ser otro que el de la ética racional o civil. Se trata de una realidad humana y en cuanto tal sometida a la racionalidad también humana. Por otra parte, la drogadicción es un problema que afecta a toda la colectividad. Una ética comúnmente compartida servirá de orientación convergente para todos los grupos. Se entiende por ética civil el mínimo moral común de una sociedad pluralista y secular.

La ética civil es la convergencia moral de las diversas opciones morales de la sociedad. En este sentido se habla de "mínimo moral" en cuanto que marca la cota de aceptación moral de la sociedad, más abajo de la cual no puede situarse ningún proyecto válido. Mirada desde otra perspectiva, la ética civil constituye la moral "común" dentro del legítimo pluralismo de opciones éticas.

- Los criterios éticos en que se condensa la ética civil son los tres siguientes:



\* Criterio de "personalización".

El valor absoluto e inalienable de la persona:

- . Como ser merecedor de respeto (y no: de instrumentalización).
- . Como ser con derecho/obligación de planificación (y no: de aniquilación).

\* Criterio de "relación interpersonal".

El valor de la comunicación gratificante y promotor de las personas:

- . En la lucidez personal (y no: mediante el "oscurecimiento" de la persona).
- . Para la mutua edificación personal (y no: para la mutua destrucción).

\* Criterio de "socialización".

El valor de la praxis social, justa y solidaria.

Este criterio se concreta en la construcción de un mundo "cada vez más humano". Los niveles de deshumanización marcan el grado de inmoralidad, mientras que los niveles de humanización indican la altura moral de la sociedad.

1.3- Los aspectos prevalentes en la constitución ética de la droga.

La aproximación ética al fenómeno de la droga puede hacerse por diversos flancos. Es un hecho de tal amplitud significativa que ofrece muchos aspectos para la consideración ética. En el siguiente cuadro se hace una catalogación de los principales: (2)

1.3.1- Area subjetiva:

- Responsabilidad moral del drogadicto. ¿Tiene responsabilidad moral el drogadicto?. ¿Es un enfermo?.

- En la terapia: ¿se puede obligar al drogadicto a utilizar la acción terapéutica?. ¿En qué medida se ha de contar con su consentimiento?.

### 1.3.2- Area objetiva:

#### . Producción de droga:

- En sí no es inmoral (sobre todo, pensando en un uso terapéutico).

- De hecho: supone una cadena o situación de inmoralidades (consentidas y/o propiciadas internacionalmente, nacionalmente, por organismos paraestatales o empresariales, a veces por grupos revolucionarios).

- . Comercio de droga: a gran escala; a pequeña escala; por intermediarios. Es el ámbito en que la inmoralidad cobra las mayores proporciones.

#### . Consumo de la droga:

- Consumo lícito: razón terapéutica.

- Consumo inmoral (mayor o menor gradación en función del tipo de droga, etc.).

### 1.3.3- Areas implicadas:

#### . Area moral:

- Conexión de la drogadicción con la crisis de valores.

- Implicación de diversas instituciones: familia, escuela, Iglesia, etc.

- Terapia general mediante la moralización social.

#### . Area jurídica:

- ¿Penalización o despenalización?. ¿Distinción entre drogas "duras" y "blandas"?

- Lucha jurídica, policial, judicial, penal contra producción, comercio y consumo de la droga.

#### . Area educativa y terapéutica:

- Información sobre el consumo de drogas.

- Terapia de prevención, de desintoxicación, de deshabitación, de rehabilitación, de reinserción, de readaptación.

## 2.- Principales carencias éticas.

Lo que pretendo es hacer un diagnostico ético en orden a una terapia moral.

El hecho de la toxicomanía en la actualidad es un fenómeno multicausal y plurisignificativo. Una de las causas y uno de las correspondientes significaciones pertenece al terreno ético. Las carencias éticas son indicadores del fenómeno en doble sentido: en cuanto son causa -próxima o remota- de su génesis; y, en cuanto son también consecuencia del hecho verificado de la drogadicción. El conocimiento de las carencias éticas ayudará, por lo tanto, a un correcto planteamiento teórico y práctico del problema de la droga.

### 2.1- Contexto de civilización.

El fenómeno de la droga está en correlación con la crisis de civilización. La sociedad actual vive una profunda crisis de valores, de ideales, de certezas. Se ha afirmado que el hombre nacido de la Modernidad se encuentra sin hogar significativo (Berger). La gran crisis de la época actual es tener que vivir a la intemperie, sin techo protector y sin suelo nutricio. La crisis de los valores es un derivado inevitable de esa situación. Los valores morales constituyen percepciones relevantes y comprometedoras dentro del significado que se asigna a la realidad. Si las grandes áreas significativas de la realidad, mundo, hombre, Dios, sufren oscurecimiento es normal que aparezca en el horizonte humano el vacío moral.

Este vacío moral, inherente a la crisis de la actual civilización se manifiesta:

- En el afán meramente "consumista".
- En el deseo de "experimentarlo todo" a costa de cualquier precio.
- En la actitud de protesta "sin sentido preciso".
- En el montaje social "competitivo".
- En la "anomia" como forma ordinaria de vida.

La drogodependencia es un indicador privilegiado - causa y efecto- de la crisis de la civilización y del correspondiente vicio moral.

"Valores e ideales engendran unas pautas de comportamiento coherentes con ellos. El desfallecimiento de aquéllos comporta progresivamente el hundimiento de éstas".

"Esta crisis de civilización ha dejado a una parte de la generación joven desguarnecida por déficit de ideales, desmotivada por el oscurecimiento de valores y desorientada por la caída de la normativa. En este relativo desierto espiritual, la juventud siente el vértigo del vacío. Nada tiene sentido; no hay causas nobles por las que merece la pena vivir. Entonces el horizonte de futuro se nubla. No queda sino vivir el presente intensamente y deprisa, exprimiéndolo hasta la última gota.

La droga vendría a "llenar" este vacío, a poblarlo y a amueblarlo con otras sensaciones y con otras relaciones. Uno se hace adicto a la droga porque carece de motivaciones fuertes en cualquier dirección. La droga se impone por defecto". Obispos del País Vasco.(3)

Si el fenómeno de la toxicomanía está en estrecha relación con el vacío moral se puede conseguir el ideal humano de "vivir sin droga". Para ello se precisa una terapia de moralización global. Es necesario crear un civilización "moralizada", es decir, con frase de Ortega y Gasset, una sociedad "con tarea, con programa vital". En un contexto moralizado sería difícil la extensión de la droga: "una sociedad en la que todos los ciudadanos supiéramos ir renunciando a falsas necesidades que nos esclavizan y nos perjudican, constituiría un contexto en el que sería muy difícil la emergencia y la extensión de la toxicomanía".  
(4)

## 2.2- Contexto social.

El vacío moral de la civilización es el contexto más amplio y el factor envolvente en relación con el fenómeno de la droga. Pero este vacío no es algo abstracto; se manifiesta a través de las estructuras sociales. La drogadicción manifiesta profundas carencias éticas en la sociedad actual. El camino de la droga -desde la producción al consumo pasando por el tráfico comercial- es uno de los caminos de la injusticia social.

Algunos de los signos sociales en que se manifiesta la oscura inmoralidad de la droga podrían ser: las multinacionales del narcotráfico, las facilidades para el blanqueo de dinero...

### 2.2.1.- La utilización política.

La utilización de la droga ha tenido a veces una finalidad política:

- De signo revolucionario: para sufragar el coste de movimientos revolucionarios; para "corromper" la civilización que se pretende derrocar.

- De signo estabilizador. En el fenómeno de la droga no están ausentes los intereses geopolíticos: "el reparto del mundo en dos zonas de influencia política de signo contrapuesto impulsa, a veces, a las grandes potencias a promover o, al menos, sostener, en los países productores de estas sustancias, gobiernos inestables que favorezcan o toleren más fácilmente la producción y el tráfico de droga". (5)

### 2.2.2.- Los intereses económicos.

A nadie se le escapa la vinculación existente entre el fenómeno de la droga y las injusticias existentes en las estructuras económicas de la sociedad actual. He aquí algunos signos:

- La Geografía de la producción de la droga coincide, con frecuencia, con la geografía de la pobreza (Asia, América del Sur, África del Norte): "los países productores de estas sustancias tóxicas no son los mayores beneficiarios económicos de estos productos. En mucho menor grado lo son todavía los cultivadores mismos... Quienes se benefician principalmente de este negocio son los países "civilizados". (6)

- Los grandes narcotraficantes "han llegado a tener un poder capaz de desafiar Gobiernos, de corromper magistrados, de operar con desvergonzada confianza, de amenazar y asesinar a quienes se les oponen, de saltar fronteras y castigar con una brutal crueldad, que recuerda las peores épocas de la humanidad, a quienes les han servido y se rebelan contra su tiranía". (7)

- Existe un sórdido mundo en el tráfico de la droga: tanto en el realizado a gran escala como en el llevado a cabo por pequeños intermediarios. El negocio de la droga está vinculado con las bandas mafiosas. Los cuantiosos beneficios económicos son "limpiados" con frecuencia mediante inversiones en empresas legales y hasta en instituciones benéficas. No faltan individuos y empresas que "a cambio de altas compensaciones económicas, ponen sus propias redes de comunicación y de transporte al servicio de los grandes traficantes. De esta manera, junto a la mercancía "inocente" que las empresas vehiculan puede

viajar impunemente la mercancía dañina de la droga". (8)

- La injusta infraestructura económica del negocio de la droga es signo de la actual injusticia económica internacional: "La transnacional de la droga sigue con ventaja los pasos de los tiempos más rudos de las transnacionales del petróleo o del banano, que compraban autoridades, ponían y quitaban gobiernos y dictaban las leyes que les convenían... Los dólares que engordan a los magnates del narcotráfico provienen de las mismas fuentes de donde, a través del diálogo Norte-Sur, se esperaban desde hace años los recursos necesarios para atender las exigencias de un nuevo orden económico internacional". (9)

#### 2.2.3.- Vinculación con la "organización de la muerte".

La droga tiene una evidente vinculación con el fenómeno de la violencia y de la muerte. Forma parte de lo que Juan Pablo II ha denominado "la organización de la muerte a nivel internacional". La relación de la droga con la violencia y con la muerte se efectúa mediante:

- La criminalidad del drogadicto o de las bandas organizadas de drogadictos, que atacan contra la seguridad ciudadana.
- La vinculación de la drogadicción con las organizaciones internacionales de carácter mafioso.
- La convivencia entre negocios de drogas y movimientos terroristas.

#### 2.2.4.- La descomposición del tejido social.

El fenómeno de la droga pone de manifiesto y realiza la descomposición del tejido social. El siguiente texto expresa de forma clara y exacta los aspectos inhumanos de nuestra sociedad:

- "El rostro de la sociedad que perciben muchos jóvenes les es extraño, hostil, e incluso despreciable. Está dominado en buena parte por "valores" contrapuestos a los que teóricamente profesa: poseer, en vez de compartir; dominar en vez de servir; utilizar a los demás en vez de serles útil; parecer, en vez de ser.

- Junto a bastantes familias normales e incluso ejemplares, muchas otras presentan a los jóvenes adictos un

modelo insatisfactorio de relación conyugal o un sistema educativo basado en la rigidez o en la permisividad. La rigidez excesiva genera frecuentemente impulsos a transgredir la normativa. Drogarse puede ser, en este contexto, el símbolo y el acto máximo de la transgresión. La permisividad inmoderada, por su parte, crea seres incapaces de tolerar las inevitables frustraciones de la vida y, por ello, más propensos a recursos artificiales y dañinos como la sustancia tóxica.

- El fracaso escolar, sobre todo cuando es prematuro, va minando el aliento de miles de adolescentes menos dotados o menos motivados. Esta experiencia les conduce a perder su propia estima, al no sentirse valorados y estimados por los demás. La falta de autoestima es una incitación hacia ambientes marginales poblados por la droga.

- La crisis económica grave y prolongada alienta las incertidumbres de los jóvenes acerca de su porvenir profesional, que constituye un elemento primordial en su proyecto de vida. A la escasez de motivos para vivir, antes apuntados, se añade así la precariedad de los medios para salir adelante. No resulta tan extraño que bastantes busquen salidas ficticias y nocivas en el mundo de la drogadicción.

En suma, las carencias y contradicciones que derivan de una sociedad concebida primordialmente como proyecto técnico y no como comunidad que construye su historia en torno a un destino compartido y dotado de sentido, quedan apuntadas y reflejadas agudamente en el síntoma de la drogadicción juvenil". (10)

El contexto social del fenómeno de la droga forma parte de la injusticia estructural.

La salida de la drogodependencia exige una conversión profunda de las personas que alcance la transformación de las estructuras sociales.

### 2.3.- Contexto de las instituciones.

Las carencias éticas en el fenómeno de la droga se identifican en gran medida con las dificultades existentes en las instituciones. Me refiero concretamente a las siguientes: Familia, Escuela, Iglesia.

### 2.3.1.- La Familia.

Muchos casos y situaciones de drogodependencia tienen la causa desencadenante en el ambiente familiar inhóspito. Por ejemplo:

- Inexistencia real de la familia.
- Ruptura de la pareja.
- Falta de figuras parentales o defecto importante en los modelos parentales.
- Conflictividad intensa conyugal y/o familiar.
- Ambiente excesivamente autoritario o excesivamente permisivo.
- Falta de un adecuado flujo de comunicación entre los miembros de la familia.
- Problemas conyugales y familiares no "afrontados" con claridad y con deseo de solución directo y eficaz.
- Condiciones familiares inadecuadas: de vivienda, de educación, de economía, etc..
- Desintegración ambiental: desarraigo del campo a la ciudad, no integración en el barrio, etc..

Los obispos vascos, en el citado documento se dirigen a las familias de drogadictos en estos términos:

"Estamos convencidos de que el mutuo afecto entre familias y drogadicto es un capital precioso para su regeneración. Cultivadlo esmeradamente. No provoquéis rupturas que les hagan más difícil el retorno y la regeneración..."

"A vosotros los padres os corresponde también asociaros a fin de reclamar para los vuestros, en municipios, diputaciones y gobiernos, los servicios sociales que ellos necesiten".

### 2.3.2.- La escuela.

Por mis años de experiencia docente estimo que la droga, como problema, será un tema cada vez más inquietante para la escuela. Tendrá que enfrentarse con él de un modo educativo. La toxicomanía no se propaga de una manera epidémica, como si fuera una enfermedad contagiosa, porque todavía hay un papel más importante: el que desempeña la personalidad. "La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana..." (Constitución, Art. 27-2). Informar y formar a los alumnos desde la base de su propia biología, salud, bienestar, aprecio de sí mismos: "propia estima", es prevenir el consumo, para que no deriven a la drogodependencia. El alumno drogadicto no debe ser expulsado, por ello, sin más. La escuela, según la edad evolutiva de su alumnado, ha de tratar este tema con los padres de alumnos. El Profesorado ha de formarse sobre



el fenómeno de la toxicomanía y contar con el apoyo de los Centros Especializados, que suelen disponer de personal cualificado para atenciones a programas escolares. La implicación responsable del Claustro de Enseñantes es, más que conveniente, necesaria.

Consumo de drogas durante la edad escolar en España:

- En E.G.B.

- . Un 7% consume tabaco;
- . Un 23% consume alcohol en alguna ocasión;
- . Un 2,5% consume marihuana;

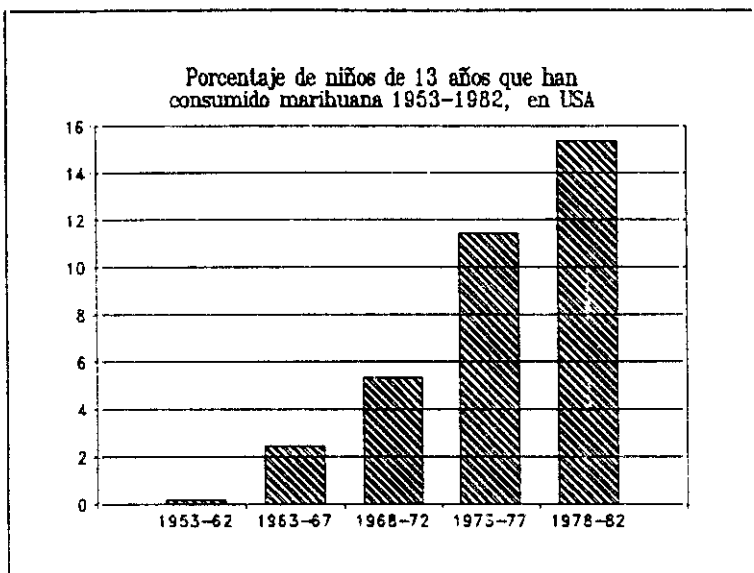
- En B.U.P.

- . Un 35% consume tabaco;
- . Un 60% consume alcohol en alguna ocasión;
- . Un 10,5% consume marihuana;
- . Un 1,3% consume cocaína;
- . Un 0,1% consume heroína;

Cifras abosolutas estimadas entre los comprendidos en edad escolar -6 a 16 años- y población 6,5 millones de escolares. Las cifras estimadas "a la baja" serían:

- . 1.105.000 escolares fuman tabaco;
- . 2.275.000 consumen alcohol ocasionalmente;
- . 338.000 consumen marihuana;
- . 26.000 consumen cocaína;
- . 1.950 consumen heroína.

Fuente: Segura, M. en "Diálogo" Rev. N° 166. Pág. 13.



Fuente: Varios autores (1987). Escuela sin drogas.  
Ed.: DEPARTMENT of EDUCATION. United States of America.







### 2.3.3.- La Iglesia y los partidos políticos.







A la institución eclesial también le corresponde compartir la responsabilidad en el fenómeno de la droga. Sus limitaciones se traducen en carencias éticas en el fenómeno de la droga.

- "No sería del todo honesta la palabra profética de la iglesia si, al tiempo que interpela a los demás no se interpelara también a sí misma. Muchos drogadictos son -o lo han sido hasta ayer- miembros de la Iglesia. Se han educado en nuestros colegios, han asistido a nuestras catequesis parroquiales, han tenido relación con grupos cristianos, viven en la misma escalera que creyentes conscientes de su fe y comprometidos en la vida eclesial.

- ¿Qué ha faltado en esa comunicación para que no experimentaran, a través de nosotros, la plenitud de sentido que ofrece la fe, la fuerza que ésta ofrece para afrontar las dificultades de la vida, los valores cristianos capaces de motivar una existencia?.
- ¿Dónde hemos estado en los momentos críticos de sus primeras dificultades y de los primeros pasos hacia la droga?. ¿No "pasamos de largo" frecuentemente junto a los toxicómanos como el sacerdote y el levita de la parábola del buen samaritano?" IV. 6). Obispos del País Vasco, O.C..

**LAS DROGAS ILEGALES EN LOS PROGRAMAS DE LOS PARTIDOS POLITICOS**  
Elecciones Generales al Congreso y Senado, 29 de octubre, 1.989

 <b>PSOE</b>	 <b>Partido Popular</b>	 <b>CDS</b>	 <b>Izquierda Unida</b>	 <b>CONVERGENCIA I. UNIDO</b>
 <p>Ampliar el número de centros de asistencia sanitaria. Facilitar la rehabilitación social. Impulsar la colaboración intersectorial contra la droga. Realizar programas de prevención.</p>	<p>Eliminar el máximo la penalidad por delitos de tráfico. Tratamiento del drogodependiente en régimen de libertad. Colaboración intersectorial. Creación de un órgano estatal que coordine todos los servicios policiales antidroga.</p>	<p>Coordinación antidroga con Estado de la UE. Reforma del ordenamiento penal para sancionar con mayor vigor las acciones que facilitan el tráfico y consumo. Aumento de unidades de desmantelamiento de centros privados.</p>	<p>Persecución del gran comercio de la droga, investigando su funcionamiento. Investigar su funcionamiento. Mejorar la fiscalización de ganancias ilícitas. Incremento de los programas de educación. Medidas preventivas y políticas de reinserción. Repentamiento de la política represiva.</p>	<p>Nuevo plan general de lucha, hasta el nivel de la policía. Mejorar la fiscalización de los delitos en este campo. Más penas contra el tráfico de drogas. Medidas de integración y rehabilitación.</p>

				
 <p>Ley de prevención. Represión del tráfico. Policía para fiscalización en el Tribunal Superior de Justicia. Actuar contra los delitos de narcotráfico. Asistencia sanitaria.</p>	<p>Mayores penas a los vendedores. Establecer un programa de reparto para los drogadictos.</p>	<p>Alternativa al tratamiento social de los drogadictos. Programas de reinserción. Post-venta. Tratamiento de los dependientes de los narcotraficantes. Tratar los delitos de narcotráfico.</p>		<p>Programas de prevención en los colegios. Aplicación rigurosa de la ley. Actuar contra los delitos de narcotráfico. Asistencia sanitaria.</p>

### 2.3.4.- Contexto personal e interpersonal.

Las carencias éticas en el fenómeno de la droga no provienen únicamente de la crisis de civilización, de la estructura social y de las instituciones. Tienen también su origen en la libertad de la persona. "Hemos de tener coraje de decir a los drogadictos mismos que también ellos son responsables de su condición". Exceptuados algunos casos patológicos, los drogadictos "no son pura ni primariamente víctimas de la sociedad ni personalidades patológicas con sensibles trastornos que les priven de libertad. Son, a lo sumo, jóvenes que son probados por la vida o quieren probarla por vías arriesgadas y dañosas. Es suya la elección de drogarse". (10)

El cuadro de carencias éticas en el contexto personal e interpersonal es de tanta extensión como la que ocupa la catalogación de respuestas a la pregunta "¿por qué se droga la gente?". Teniendo en cuenta esta apreciación expongo las carencias éticas del contexto personal e interpersonal en correlación con las motivaciones que de modo directo e inmediato explican el hecho de la drogadicción.

#### Motivaciones explicativas de la drogadicción

\* Curiosidad ingenua e incontrolada.

\* Búsqueda de placeres inéditos y de experiencias nuevas.

\* Evasión de la realidad hacia un mundo ilusorio "enajenándose" de las condiciones normales de vida.

\* Medio "fácil" para solucionar un problema (fracaso escolar, problema laboral, crisis familiar, etc.).

\* Mecanismo falaz de vana "autoafirmación".

#### Carencias éticas que conlleva la drogadicción

\* Desintegración entre el "conocimiento del bien y del mal" y la conciencia valorativa.

\* Inmadurez infantil de querer satisfacer de forma inmediata todos los deseos.

\* Carencia o pérdida del sentimiento del compromiso en la transformación de la realidad.

\* Dejación de la propia responsabilidad para solucionar humanamente las dificultades de la existencia.

\* Falta de "aceptación de uno mismo", base de la coherencia personal y punto de partida para la labor de la realización personal.

\* Alimentación y encubrimiento de la "anomia social" (delincuencia, sexualidad anómala, etc.).

\* Dependencia simbólica de sustancias que impiden vivir la madura soledad de la existencia.

\* Creación de vínculos artificiales entre las personas (grupos originados por la drogadicción).

\* Multiplicación de la irresponsabilidad mediante el factor poderoso de la droga.

\* Desintegración de la persona:  
a) Biológicamente; b) Psiquiátricamente; c) Socialmente. Pérdida de la salud (somática, psíquica, social) por los efectos de la droga.

\* Desvirtuación de la auténtica comunicación interpersonal y grupal:  
- Creando una soledad compartida.  
- Propiciando una comunicación vacía, etérea y dosificante (sombra de la auténtica comunicación humana).  
- Originando un tipo de agrupación regida por la ley de la "despersonalización". (11)

La drogadicción es signo cualificado de la desintegración personal e interpersonal. El consumo de drogas - con la secuelas de la dependencia, de la evasión, de la anomia-atenta contra los valores éticos más básicos: contra el valor de la "personalización", y contra el valor de la "comunicación humana". De este modo, las muchas e importantes carencias éticas del contexto personal e interpersonal se suman al ya caudaloso río de las carencias éticas provenientes de la civilización, de la sociedad y de las instituciones.

#### 2.4.- Hacia la esperanza.

Como conclusión de estas reflexiones, sigue diciendo VIDAL, quiero abrir la consideración ética hacia el horizonte de la esperanza. La enumeración de las carencias éticas en el fenómeno de la droga está en función de la terapia global en la que ha de empeñarse la sociedad entera a fin de eliminar la droga, llamada con toda razón "la peste blanca de la sociedad moderna". Junto con otros análisis -médico, psicológico, socio-cultural, económico, político- y en unión con otras terapias, -psicológica, educativa, jurídica, religiosa-, el análisis y la terapia de carácter ético ofrecen el flanco axiológico de esta realidad tan decisiva para la humanidad como es la drogodependencia.

3.- El debate: antiprohibicionismo=legalización "versus" no legalización.

..."La eventual legalización de la droga, es, sin duda, una cuestión compleja y llena de riesgos. Tanto los partidarios como los enemigos de esta medida cuentan con poderosos argumentos. Pero es una cuestión claramente política de opciones legales, penales, sanitarias y educativas. Mezclarla con la moral es cuando menos, añadir un elemento de confusión a un debate ya de por sí conceptualmente complicado. Lo que no plantea dudas es la inmoralidad de la situación actual: el duro rechazo, legal y político, de los Gobiernos al consumo de drogas, que se compagina en la realidad con el desarrollo, por impotencia, corrupción o connivencia, de un gigantesco comercio a nivel mundial que sobrepasa anualmente los trescientos mil millones de dólares (300.000 millones de dólares) -unos 38 billones de pesetas- y que expande a su alrededor la degradación y la muerte entre millones de personas..." (12)

"La Juez Carmena expuso en su conferencia su larga reflexión tanto personal como colectiva de un sinnúmero de personalidades internacionales del campo del Derecho, sobre el problema de la droga, tanto desde la perspectiva de la salud, como del derecho individual y, por tanto, democrático, a elegir su intimidad y forma de vida. (13)

Manuela Carmena partió de la realidad española. La droga está contemplada en nuestra legislación de forma inoperante. No está penalizado su consumo, pero sí su tráfico. La justicia se muestra, por tanto, dispar a la hora de practicar la legislación en tanto que entre el consumo y el tráfico la barrera se hace muy sutil. De ahí que las sentencias de un juez en Madrid o de Cádiz, pueden llegar a ser totalmente diferentes en un caso similar.

El legislador no dispone de medios para el seguimiento de las leyes que hace, no dispone de una técnica legislativa capaz de conocer el grado de efectividad de una ley.

Es el caso concreto de la droga, el legislador está persiguiendo sólo una parte del problema, es decir, el traficante. Se da o propone una libertad para el consumo, pero se penaliza el tráfico. Esto es una incongruencia, y, lo que es peor, se abona el terreno al traficante, que llega a adulterar el producto, con el consiguiente peligro para la salud, y, al mismo tiempo, deja en la ilegalidad a operadores económicos, favoreciendo las mafias.

La ilegalidad del tráfico de drogas, por otra parte, crea delincuencia.



### Alternativas.

Tras una metódica, exhaustiva y agria exposición del panorama legislativo español y europeo, Manuela Carmena abordó los objetivos que se persiguen con la regulación - más que despenalización del tráfico- de drogas.

Lo mismo que se han llevado a cabo campañas de información no punitiva sobre el tabaquismo o el SIDA, la droga debe tener un tratamiento similar. Es decir, hay que informar sobre las consecuencias del consumo, el tráfico, la adulteración y las jeringuillas.

El Estado debe favorecer el derecho a la salud. Lo que no puede hacer el Estado es obligar a los ciudadanos a tener buena salud. La salud, pues, es un derecho, no una obligación.

Si fuera así, tendría que prohibir, por poner un ejemplo, los pasteles, ya que un consumo inadecuado puede acarrear graves riesgos.

Una cosa, por tanto, es tener derecho a la salud, y otra, la obligación de ser saludables.

Ello implica, necesariamente, una oferta de droga en condiciones. Eso sí, el Estado tiene el deber, la obligación de publicar lo que es bueno para la salud. En este sentido, entrarían a desempeñar su papel las campañas tipo tabaco o SIDA. Otro de los objetivos de la regulación de la droga es el mantenimiento de la sociedad democrática. La regulación de tráfico de drogas se opondría frontalmente a la creación de las mafias que en Estados como Italia, Colombia, EE.UU. o Paraguay llegan a controlar importantes estamentos e instituciones del Estado Democrático.

En conclusión, Manuela Carmena propuso una solución internacional, habida cuenta que el mundo actual está multirrelacionado y de nada valdría una regulación nacional.

En este punto, propuso que la regulación de la droga debía caminar por los siguientes parámetros: una política de salud, una oferta de condiciones, información y tratamientos de desintoxicación y ofrecimiento de metadona para casos terminales.

Es necesario que una vez se lleve a cabo un planteamiento, no de ficción, sino realista, de este problema. El hábito de consumo está ahí, eso es incuestionable.

Si un Estado no puede apenas controlar los negocios legales, cómo va a controlar los negocios ilegales y el blanqueo de dinero negro. Un dinero que mueve países".

\* Ni a favor ni en contra de la legalización.

El director de la OMS (Organización Mundial de la Salud) Hiroshi Nakajima, responde: (14)

- Pregunta: ¿Qué piensa la OMS de este debate?.
- R: La OMS, por el momento, reúne informaciones y tendencias. Somos muy prudentes y, por ahora, no nos pronunciamos por ninguna posición, ni a favor ni en contra. Las opiniones de los expertos en salud y en farmacodependencias son también muy prudentes.
- P: Algunos de los que piden la legalización creen que acabaría con los negocios sucios del tráfico.
- R: Serán los representantes del "Cartel de Medellín"...
- P: No. Lo pide, por ejemplo el Semanario "The Economist".
- R: Hay declaraciones de uno de los supuestos jefes del Cartel de Medellín en el mismo sentido. Dice: "Saben ustedes, les hacemos un favor; la cocaína es menos tóxica, menos cara, es para evitar que los norteamericanos comiencen a utilizar productos con mayor dependencia, como la heroína". Pero hoy la cocaína se usa también por vía intravenosa. Todos esos argumentos no tienen base.

### 3.1.- Legalización.

#### 3.1.1.- SAVATER, F.:

"Esfuérzate siempre, Slick, por tener algo invertido en las industrias que crean adicción: es imposible que pierdas dinero. Los adictos son los únicos que pierden. Drogas, bebidas, juego, vídeos de todos los tipos: ahí es donde hay dinero de verdad. Hoy en día, cualquier hombre de negocios que sea un poco responsable tiene que mantener al menos un dedo apoyado sobre el pulso de las dependencias". Así citando la novela "DINERO" de Martín Amis, añadiendo por su parte: "De modo que hay el máximo interés mercantil en crear adictos y sobre todo convencer a los adictos de que son casos perdidos y que ya no les queda sino entregarse en cuerpo y alma al morbo que los roe... Abundan los polizones que exigen la renuncia, pero faltan los maestros que enseñen el autocontrol. Es natural: desde la izquierda tanto como desde la derecha sobran quienes predicán medidas drásticas de carácter estatal, pero pocos se atreven a recurrir a la responsabilidad en cuanto carácter de la intervención y del gozo individuales. Ya no hay reglas prácticas y sinceras para el buen uso de los vicios, algo que sin sonrojo cristiano pudo ser llamado MORAL". (Cita a Séneca en, Sobre la tranquilidad del alma, elogiando la embriaguez, el buen uso del exceso)". (15)

### 3.1.2.- GIL CALVO, E.:

"Acontecimiento como la guerra del narcotráfico o la cruzada antidroga de Bush sobreañaden dramatismo a la urgencia del problema. Al respecto, cada vez parece más sólida la posición despenalizadora, defendida en estas páginas por plumas como Savater, Escobedo, Schwartz, etc... Y ahora, Lamo de Espinosa, E. publica un libro: Delitos sin víctima. Orden social y ambivalencia moral, que incluye un análisis de los efectos perversos que la penalización provoca. Dada la gravedad del asunto conviene puntualizar ciertas cuestiones, como su licitud y eficacia". (15) Un esquema del artículo, que, a su vez, es exposición ponderada de los criterios de Lamo de Espinosa, E., podría ser el siguiente:

1.- Tratar de imponer la moralidad por la fuerza de la ley, además de suponer una contradicción lógica -un doble vínculo, pues la moralidad, o surge libre y espontáneamente, o no existe, siendo espúrea y falaz la seudomoralidad obligada, resulta algo moralmente ilícito y éticamente inadmisible.

2.- Si bien resulta inalienable el derecho de los adultos a autoperjudicarse - por ejemplo envenenándose libremente- sin embargo, no se puede ser libre de renunciar a ser libre -la libertad de liberarse de la libertad es un doble vínculo también-. Ahora bien, la voluntaria adicción a tóxicos generadores de dependencia invencible, ¿no supone un claro ejemplo de falacia de querer ser libre de no ser libre?.

3.- Dado que la dependencia de la adicción - voluntariamente asumida por un adulto emancipado y libre- implica una renuncia a la libertad personal -pues el adicto ya no es libre de prescindir o renunciar a su dependencia- ¿resulta moralmente lícito reconocer el derecho individual a la libertad de la adicción?. Exige distinguir entre el derecho a medicarse libremente- lo que incluye el derecho a intoxicarse cuando el tóxico, aunque puede destruir, no anula la libertad personal,- y el derecho a asumir libremente la dependencia de los tóxicos generadores de adicción y anuladores de la libertad personal: derecho este último que resulta moralmente dudoso y contradictorio.

4.- ¿Se debe, se puede?. Con independencia de si se debe imponer la moralidad por la fuerza de la ley -parece claro que no se debe, excepto en peligro de anulación de la libertad personal,-

cabe también plantearse el problema fáctico de si se puede. Aquí, Lamo, resulta más contundente: "la penalización no sólo es ineficaz, sino, sobre todo, contraproducente. En efecto, el Derecho Penal sólo es utilizable para corregir o modificar conductas instrumentales -como las infracciones del tráfico diario o los delitos de cuello blanco- que son utilizadas como medio al servicio de otros fines, por lo que siempre son racionalmente sustituibles, pero nunca es capaz de corregir o modificar conductas expresivas, -como las toxicomanías o los delitos sexuales-, que surgen espontáneamente en virtud de las cualidades intrínsecas de la propia conducta, por lo que no pueden ser sustituidas por otras. En consecuencia, la penalización de una conducta expresiva, lejos de prevenir su aparición, la desencadena e intensifica, al adornarla con el mérito expresivo sobreañadido de su aura maldita y transgresora, y, en efecto, el incremento del consumo de drogas siempre es efecto consecuente de su penalización, y nunca a la inversa.

5.- La penalización, además de ineficaz es, sobre todo, brutalmente CRIMINOGENA. Efectos como consecuencia directa de la penalización:

5.1.- La estigmatización de los drogadictos les induce a una desviación secundaria por asociación diferencial, prisionización e inmersión en subculturas marginales -el gueto de la droga-.

5.2.- La ilegalización de la venta de drogas sólo desencadena la criminalización de la oferta: mafias homicidas, explotación oligipólica de los consumidores indefensos, adulteración letal de los productos, etc...

El encarecimiento artificial de la oferta desencadena la criminalización de la demanda: hay que delinquir -robo, prostitución- para poder comprar.

El sistema penal incrementa la injusticia social, pues, dada la diferencial visibilidad de los toxicómanos en función de su clase social, la justicia sólo se aplica sobre los procedentes de las clases mas desfavorecidas.

Y, en fin, la creciente corrupción del sistema penal -policías, abogados, fiscales y jueces- se hace del todo inevitable. (Lamo).

## 6.- Lo individual, lo social y lo político.

En consecuencia, si bien pudiera resultar éticamente legítimo penalizar la dependencia de drogas adictivas -igual que resulta legítimo penalizar los contratos de esclavitud-, social y políticamente es del todo ilegítimo, pues sus efectos perversos superan ampliamente su dudosa virtualidad. Ahora bien, el mal ya está hecho, y a consecuencia de la cruzada penalizadora, el número de víctimas de sí mismos ha crecido de modo espectacular.

## 7.- ¿Como rehabilitar su LIBERTAD ATENUADA?.

Como Lamo, conviene ser escépticos. ante todo, no puede curarse a quien no quiere curarse, por hallarse perfectamente integrado en una subcultura que, como el príncipe azul de las esposas dependientes, proporciona la felicidad a través de la esclavitud. En segundo lugar, no puede curarse a quien no sabe curarse: la falta de suficiente capital humano en los adictos (la mayor parte de los cuales procede del fracaso escolar, y hace falta autoestima y autocontrol racional para poder superar la adicción y adueñarse de sí) impide que se pueda ayudar a quien no es capaz de ayudarse a sí mismo. Y, en fin, no puede curarse a quien no puede curarse, pues la adicción no es más que un síntoma que seguirá siendo generado como subproducto de otras causas mientras sigan activadas: me refiero, claro está, a los trastornos de la emancipación juvenil.

## 8.- El fracaso social del proceso de emancipación personal vía hacia la drogodependencia.

Como ha descubierto la más reciente investigación, es el fracaso social del proceso de emancipación personal lo que aconseja a los jóvenes ingresar en el seguro refugio de la adicción, que, al hacer imposible la emancipación, resuelve paradójicamente, como una profecía autocumplida, su incapacidad de emanciparse: es como si hubiese que envenenar las uvas para asegurarse que la zorra no quisiera alcanzarlas. Así, el problema no reside en las drogas -al contrario, las hay, como el alcohol y el tabaco, que facilitan la emancipación personal al servir de rito de iniciación-, sino en la ausencia de suficientes canales de integración social.

Parece, pues, conveniente invertir el sentido de la polémica. Plantear la cuestión como penalización o despenalización es situarla dentro del derecho de los adultos a la autoadicción. Pero la

cuestión no es esa, pues antes que el derecho a la adicción hay que reconocerles a los jóvenes su derecho a la emancipación. En efecto, el argumento de Stuart Mill sólo se refiere a los adultos. Pero en nuestra sociedad sólo se es adulto cuando se está ocupacionalmente integrado. Y si el desempleo impide a los Jóvenes emanciparse, ¿por qué los tratamos como menores en cuanto a su derecho a la emancipación, mientras los tratamos como adultos al reconocerles su derecho a la adicción?.

He aquí otra muestra de la ambivalencia moral que constituye el objeto del libro de Erilio Lamo: la de reconocer el derecho a la dependencia de la adicción sin garantizar el derecho a la independencia de la emancipación.

### 3.2.- No legalización.

#### 3.2.1. La U.N.A.T. (Unión de Asociaciones de Asistencia al Toxicómano).

Propuesta a estudiar: medidas que eviten el consumo de drogas en público, "porque los estudios realizados demuestran que incitan a niños y jóvenes a la toxicomanía". ¿Penalización al consumo público?.- Criterio unánime en contra del cumplimiento de penas de los toxicómanos dentro de las cárceles, porque consideran que "no sólo no resuelven el problema de los drogadictos, sino que lo agravan. "Estimamos conveniente una ley que regule la situación de los toxicómanos que facilite su rehabilitación y reincorporación y, entre tanto, para los que hayan cometido algún delito, adoptar medidas alternativas".

U.N.A.T. ha redactado un documento, en el que se recogen estas medidas alternativas, que contemplan desde una valoración de las circunstancias personales del drogadicto en el momento de la detención, su situación en prisión provisional, especial consideración a menores, etc.

#### - Rehabilitación voluntaria.

En relación con las medidas adoptadas por algunos ayuntamientos sobre sanción a los consumidores públicos de drogas, U.N.A.T. estima su conveniencia pero considera que tales sanciones deben ser sustituidas por medidas educadoras:

\* sometimiento voluntario a la rehabilitación, asistencias a actos culturales y recreativos, realización

de actividades deportivas y participación en reuniones informativas.

- Rechazo a la legalización.

Se expresó también un rechazo mayoritario a la legalización de la droga, que, apuntaron los reunidos, "puede ser inconstitucional por afectar a la libertad, a la dignidad de la persona y al derecho a la vida y a la integridad física y moral". Eugenio López añadió que "tal medida estaría además en contra del criterio de las demás naciones del mundo expresado en la Conferencia Internacional de Viena en 1987". Cuestiona UNAT la aplicación de los sustitutivos de drogas, como metadona y naltrexona, especialmente sin una adecuada información, y exige un control de los que lo siguen y que éstos mantengan paralelamente programas de rehabilitación, "para no cambiar una dependencia por otra".

- Educación Preventiva.

El presidente de UNAT responsabilizó al Ministerio de Educación para que inicie, con profesores y padres un plan de prevención que incluya en las materias educativas el tema de las drogas.

UNAT elevará sus conclusiones al Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre la Droga, del que Eugenio López dijo que "ha representado un marco de actuación de enorme trascendencia de cara a resolver el problema particular y social de las toxicomanías". (17)

3.2.2.- "Inoportuno hablar de legalizar las drogas".

Julián García Vargas, entonces ministro de Sanidad y Consumo, manifestó que consideraba inoportuno hablar de legalizar las drogas, durante la inauguración de un seminario europeo sobre la reducción de la demanda de drogas, que se celebró en la localidad mallorquina de Calviá, y al que asistieron más de cien especialistas de los doce países miembros de la Comunidad Europea:

"Es poco oportuno hablar de la legalización de la droga cuando éste es ya un tema que casi no se cuestiona en ningún país y en especial después de la Convención de las Naciones Unidas el año

pasado sobre el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas".

Afirmó García Vargas que la política que persiguen los países de la CE para el desarrollo de la personalidad del individuo "es contradictoria con la legalización de las drogas". "Si pretendemos - añadió el ministro- realizar una política de desarrollo de la personalidad individual, del dominio de la propia vida", sería contradictorio legalizar instrumentos que conducen a la alienación, la enfermedad y la muerte".

El Ministro de Sanidad recordó la liberación del comercio internacional y la eliminación de los controles aduaneros, que facilitarán el tráfico ilícito de droga y el blanqueo de dinero y señaló que "hay que tomar medidas en todos los frentes". (18)

### 3.2.3.- Un debate pendiente.

"No estamos en absoluto en contra de debatir en profundidad el tema", manifiesta María Jesús Manovel. Subdirectora del Plan Nacional sobre Drogas (PND).

"Seguimos manteniendo esta postura (la antidespenalizadora) de momento". Manovel califica de "debate-guadiana" la polémica antiprohibicionista, que surge de cuando en cuando desde los medios de comunicación, y considera que la legalización del narcotráfico "no haría, desde ningún punto de vista, desaparecer el tráfico clandestino".

La legalización de sustancias que tienen una gran capacidad de crear adicción van en contra de los principios recogidos en la Constitución. De momento, el consumo de drogas es marginal", pero ¿sería capaz de soportar esta sociedad a tres millones de heroínómanos, el mismo número que tiene de alcohólicos crónicos?". (19)

3.2.4.- Responsables de seguridad de 19 países piden que no se legalice el consumo de drogas. En el Seminario Internacional sobre Violencia y Criminalidad celebrado en Madrid.

Las conclusiones del seminario, esbozadas por Primitivo Seivane, director del gabinete de Coordinación y Planificación de la Seguridad del Estado, destacan en materia de lucha contra la droga, que "el narcotraficante no



halle refugio en país alguno y sin que ello suponga renuncia al ejercicio de su soberanía" y el apoyo a los países productores y elaboradores de droga mediante la sustitución de estos productos por otros cultivos alternativos. Asimismo, se recalca que "los poderes públicos deben establecer criterios objetivos tendentes a diferenciar la tenencia, del consumo", y se aboga por el endurecimiento penal del cultivo, producción, elaboración y tráfico de estupefacientes.

El entonces ministro de Justicia, Enrique Múgica, pronunció un breve discurso en el que recordó que "la moderna criminalidad se organiza de formas multinacionales", y calificó al terrorismo y el narcotráfico como "las dos lacras cualitativamente diferentes, los dos peligros más graves que se ciernen sobre la sociedad". Abogó por un "tratamiento penal singularizado", para estos delitos y la aplicación de técnicas diferentes para luchar contra ellos. En ese marco, propugnó que las medidas penales en estos ámbitos de la delincuencia deben ser "inflexibles" y, en el caso español, reiteró la necesidad de elaborar en la próxima legislatura un nuevo Código Penal. Por su parte, el Ministro del Interior, José Luis Corcuera, insistió nuevamente en el "carácter transfronterizo que está adoptando la delincuencia" y más concretamente el tráfico de estupefacientes". (20)

### 3.2.5.- La despenalización.

"Desafortunadamente, la despenalización no es una opción óptima. Supondría una profunda quiebra en la obligación inherente a la Administración en el amparo de la salud total de sus ciudadanos, y servir como tope de finados para residentes deprimidos, decepcionados, de desincentivados ánimos, de personas en el ocaso de su vida, de afectados seriamente por cuestiones de convivencia, financieros y amor.

La despenalización -en hipótesis de sus proponentes- no incrementaría el abuso de las drogas. Permitasenos calificar tal criterio, rayano en la inocencia bautismal, en cualificación altamente caritativa. Si los amantes de las drogas pudieran obtenerlas sin correr riesgos de la policía, a reducido precio, de excelente calidad, en lugares oficiosos de distribución, en lugar de adquirirlas subrepticamente, parece que las barreras más importantes al abuso se estimarían desaparecidas.

Mientras tan improbable hipótesis, cristalizara en palpable realidad, muchos, muchísimos individuos de todas las etnias, credos, color, sitios en las más diversas latitudes, que desearan consumir drogas, se afanarían por

lograrlas, con indiferencia a penalidades, a riesgos de encarcelación, incluso jugando a la ruleta rusa de una "papelina" adulterada, que les haga noticia en las columnas lúgubres de los noticiarios.

La despenalización es ruta sin destino, una propuesta que conduce al deceso y con ella eliminaríamos los medios más eficaces contra el abuso de las drogas, se precisaría, mientras tanto, que mediante un imperativo mandato de la sociedad, forcemos una educación sanitaria completa que haga el/la joven inmune a la droga, respondiendo con energía a la opción: ¿DROGA? ¡NO, GRACIAS!". (21)

### 3.2.6.- Droga, delincuencia, blanqueo de dinero.

La Memoria Anual de la Fiscalía General del Estado califica de alarmante el aumento de los procedimientos abiertos, durante 1988, contra delitos relativos al tráfico de drogas y estupefacientes. Los juicios sobre asuntos de droga ascendieron a 29.429, lo que supone un incremento del 20,04 por 100. Todo este tráfico de drogas hace que los beneficios económicos que reporta su comercialización "pesen" en los centros de decisión económicos del país.

De las 27.911 personas detenidas, 23.853 eran españoles y 4.058 extranjeros. Y de éstos, casi la mitad eran africanos. También aumentó el número de fallecidos por sobredosis, en muchos casos por la adulteración de la droga, que pasaron de 166, en 1987, a 240 durante el pasado año.

#### - Blanqueo de dinero.

La Memoria apunta que dicho beneficio por la venta de estupefacientes ingresa en los circuitos financieros y comerciales lícitos para ser blanqueado y, dado su volumen, tiene un peso específico en los centros económicos de decisión, a la vez que desde estas organizaciones se asume, "ante la necesidad de ocultar y encubrir el origen de los fondos", la protección de los delincuentes, así como las típicas e ilegales actuaciones económicas que desembocan en la denominada "criminalidad organizada" del tráfico de drogas.

La Fiscalía General del Estado manifiesta que el término drogadicción carece de una expresa referencia en el Código Penal y señala que la drogadicción debe ser definida e incluida en el nuevo Código Penal como eximente o atenuante, para evitar con ello una aplicación "cuasi-discriminada" de tal conducta como modificativa de la responsabi-

lidad criminal en la gran mayoría de los hechos enjuiciados hoy día.

- Síndrome de abstinencia.

También añade la Memoria que la prueba de la existencia de una toxicofrenia -"mono"- es acogida de manera favorable entre los tribunales como una disminución de las facultades o una crisis de abstinencia del infractor. La Fiscalía explica que hace cinco años era raro el delincuente adicto a la droga y que "hoy lo raro es lo contrario".

Hay que señalar que, durante 1988, se abrieron 11.433 diligencias previas contra el tráfico y comercio de drogas: 1.921 en Madrid, 1.256 en Cádiz y 1.002 en Asturias. Las provincias con las cifras más bajas fueron Soria con 3, Castellón con cinco y Orense con 11, mientras que no contabilizaron ningún expediente Alicante, Avila y Granada. (22)

3.3.- Paralelo de razones en pro y en contra de la legislación.

"Las razones de una decisión. La idea de legalizar la droga, como alternativa a la represión, es tema controvertido. Defensores y detractores de la idea tienen argumentos para fundamentar su decisión. "Cambio-16" (23):

A FAVOR

\* El modelo actual ha fracasado. La ilegalidad no ha podido contener el abuso de la droga.

\* Al despojar al toxicómano de su perfil legal de delincuente y tratarlo como un enfermo, se facilita su cooperación.

\* El control oficial y médico de la droga le quitará su carácter de negocio clandestino y dejará de ser atractiva para las mafias.

EN CONTRA

\* La posibilidad de conseguir droga sin cortapisas legales podría estimular su consumo en personas que hoy se mantienen alejadas de los tóxicos por respeto a la ley.

\* Legalizar la droga equivale a rendirse ante el crimen organizado.

\* Lo que ha fallado en la actual política contra la droga son sus vacilaciones. Es preciso endurecer la ley para acabar la tolerancia

hacia los consumidores.

\* El suministro de tóxicos de calidad evitará las actuales muertes por droga adulterada.

\* Históricamente, los pueblos han sabido convivir con la droga libre.

\* Cuando el adicto pueda obtener dosis controladas a precio accesible, no necesitará robar, ni prostituirse para sostener su vicio.

\* La Ley Seca de Estados Unidos mostró el fracaso de la solución prohibicionista.

\* Una vez despojada de su carácter de fruta prohibida, el interés de los jóvenes en la droga disminuirá, como ocurrió cuando se legalizó la pornografía.

\* El debate sobre la legalización plantearía serios enfrentamientos internacionales que podrían servir de estímulo a los traficantes.

\* Como ocurre con las armas, el hecho de que se pueda comprar droga legalmente no acabará con el mercado negro que escapa al control oficial.

\* La permisividad no acaba con el vicio; el tabaco es legal, pero hay millones de fumadores.

\* Legalizar la droga es una utopía en la cual no vale la pena perder el tiempo.

\* A la propuesta anti-prohibicionista le falta aclarar muchos detalles sobre los cuales todavía no han podido ponerse de acuerdo sus promotores."

### 3.4.- Lejos de los extremismos.

#### Investigación científica.

"Precisamente en nuestros días los paradigmas represivo y permisivo, en razón de sus deficiencias y limitaciones, empiezan a ser sustituidos por el paradigma de la intervención, en la línea del pensamiento verdaderamente progresista, de la investigación científica y de la actividad profesional más serias y rigurosas. Tal paradigma pretende: reducir al mínimo los procedimientos de ensayo y error a gran escala; alejarse de las posiciones extremas represivas y permisivas, adoptar un enfoque sistemático que articule las diferentes dimensiones del problema, las diferentes aproximaciones teóricas y metodológicas y las diferentes disciplinas, hacer compatible la objetividad de la ciencia con los compromisos sociohistóricos de cada

momento: tratar al mismo tiempo la conducta de los drogo-dependientes y los diversos contextos en que se inscribe; procurar la normalización, adaptación y optimización de los sujetos, pero también la modificación del sistema para reducir o eliminar las condiciones de riesgo.

#### Objetivos de la intervención.

Los objetivos básicos del paradigma de la intervención se reducen a impedir o dificultar que los sujetos no adictos se enganchen en la espiral infernal de la droga, a romper la dependencia y el hábito de los ya adictos, a reinsertar y readaptar personal, social y laboralmente, a los que deseen abandonar la droga y a mejorar la investigación y la formación de profesionales. Facilitar el consumo de las droga, despenalizando su tráfico, no es precisamente prudente ni eficaz, y no lo es porque no ayuda a la prevención, ni al proceso de desintoxicación, ni a la reinsertión.

Desde este paradigma de intervención no es posible aceptar medidas de dudosa eficacia en lo secundario y de segura eficacia, pero negativa en lo principal; todo lo que facilite la expansión de la droga y dificulte su tratamiento debe ser puesto en cuestión y no alentado; lo que sí debe alentarse es la responsabilidad y el rigor crítico y científico en el modo de abordar el problema de la droga, para no quedar fascinados e inermes ante el dragón". (24). Mayor, J. .

#### 4.- Los españoles en Europa: cambio de valores.

Somos conscientes de los cambios rápidos y profundos que se vienen realizando a nivel internacional y a nivel europeo. También en los estratos de la sociedad española se han realizado y continúan realizándose cambios de valores a ritmo acelerado.

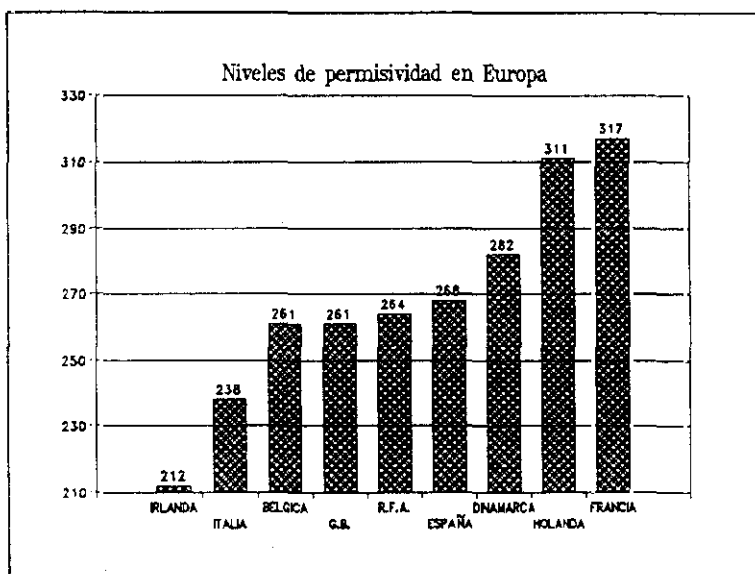
En el capítulo de la obra de Stoetzel (25) dedicado a estudiar el rigor o permisividad moral de los europeos, España aparece con un índice medio de permisividad moral de 268 (índice de 100 a 1.000). Es evidente que se trata de un índice muy elevado para un país que tiene un índice de religiosidad muy alto y en el que sus ciudadanos se declaran mayoritariamente católicos. Y la prueba está en que este permisivismo moral de España equivale al índice medio de permisividad moral de Europa (de los nueve países investigados) que está situado en el 270 por 1.000. Son estudiados en paragón veintidós comportamientos. Este dato relativo al grado de permisividad moral de los españoles puede suponer una novedad, porque sin un estudio científico y solvente, en el que carece de sentido toda manipulación, pocos se hubieran atrevido a afirmar que España se encontraba ya en 1.981 a nivel europeo en lo que respecta a permisividad moral. Más aún, ¿quien podía atreverse a decir y ser creído que después de Francia, Holanda y Dinamarca, España tiene un índice de permisividad moral superior a Alemania, Inglaterra, Bélgica, Italia e Irlanda?. En el gráfico o figura pueden verse los diferentes índices de permisivismo moral de los nueve países europeos analizados.

En el subgrupo de comportamientos que es objeto "de las calificaciones más severas, quedan incluidos aquellos actos que la ley califica de delitos o infracciones penales. Se trata, por ejemplo, del hecho de "viajar sin billete, del delito de fuga después de un accidente, de revelarse contra la fuerza pública, del fraude a la Seguridad Social, de la corrupción pasiva de funcionarios, del encubrimiento, del consumo de drogas, del atentado contra la seguridad interior del Estado y del robo para uso temporal del vehículo". Aquí, en algunos comportamientos, España ocupa puestos relevantes o primeros.

El análisis pormenorizado de todos los datos se presta a múltiples consideraciones. Pero aun sin entrar en detalles sí conviene dejar constancia de que España tenía ya el año 1.981 un índice de permisividad moral superior al índice promedio europeo en aquellas conductas o comportamientos que dicen relación a la moral del séptimo mandamiento: robo por retención, robo para uso temporal de vehículo (supera a todos lo demás países); fraude fiscal y fraude a la Seguridad Social (en este segundo fraude España supera a todos los demás países investigados, excepto Francia); el encubrimiento y el uso de la droga (marihuana) en los que el grado de permisivismo moral es superior en

### **España al de los otros países europeos.**

Por el contrario, España aparece con un índice de permisividad moral bastante inferior al índice promedio europeo en lo que respecta al divorcio, aborto, eutanasia y en todas aquellas conductas que están más vinculadas a la sexualidad, si bien en alguno de estos casos como es el divorcio, el grado de permisividad moral de España (470) es francamente elevado. (26)



Fuente: Jean STOETZEL, ¿Qué pensamos los europeos?  
Ed. MAFRE. Madrid 1983.

La expresión gráfica nos dice en sus índices:

4.1 - Sobre los comportamientos entre nueve naciones.

. Media aritmética a nivel europeo 270  
. Máximo entre las naciones. . . . 317 Francia  
. Mínimo entre las naciones. . . . 212 Irlanda.  
. Ocupa el 4º lugar. . . . . 268 España.

4.2 - Sobre divorcio.

. Media aritmética europea 797  
. Máximo entre las naciones 689 Dinamarca.  
. Mínimo entre las naciones 320 Irlanda.  
. Puesto ordinal de naciones

1.- Dinamarca. . . . . 689  
2.- Francia. . . . . 531  
3.- R. F. Alemana. . . . . 500  
4.- Italia . . . . . 499  
5.- Gr. Bretaña. . . . . 496  
6.- Holanda. . . . . 477  
7.- ESPAÑA. . . . . 470  
8.- Bélgica. . . . . 386  
9.- Irlanda. . . . . 320

4.3 - Sobre uso de droga (marihuana).

. Media aritmética a nivel europeo 166  
. Máximo entre las naciones . . . . 208 ESPAÑA  
. Mínimo entre las naciones . . . . 139 R.F.A  
. Puesto ordinal de las naciones:

1.- ESPAÑA . . . . . 208  
2.- Holanda. . . . . 205  
3.- Dinamarca. . . . . 187  
4.- Francia. . . . . 176  
5.- G. Bretaña . . . . . 173  
6.- Irlanda. . . . . 162  
7.- Bélgica. . . . . 152  
8.- Italia . . . . . 144  
9.- R. F. Alemania . . . . . 139



En esta España dinámica en sus cambios de valores; en esta Andalucía descubierta y ocupada por no pocos europeos, americanos y africanos; en esta ALMERIA emigrante, que fue, por todos los países del mundo, y que puesta de moda, pocos años ha, es objeto masivo de turistas y hombres de negocios extranjeros, la DROGA también la hace internacional, y, en la Europa drogadicta ocupa ESPAÑA el primer lugar. Almería, en España, en, Andalucía, ostenta el puesto de principal, o de las más próximas a ocupar dicho rango.

## NOTAS

- (1) VIDAL, M.: (1987) "Carencias éticas en el fenómeno de la droga". En ARANA. J. y otros: DROGA Y FAMILIA. Ed.: S.P.- Covarrubias, 10. Madrid (Págs. 69.85).
- (2) IBIDEM
- (3) OBISPOS DEL PAIS VASCO.: (1984) El oscuro mundo de la droga juvenil. III, 3. Ed.: IDATZ. Ed. Diocesana. San Sebastián (G). (Carta Pastoral de los Obispos del País Vasco. Consta de cuatro capítulos, introducción, epílogo y Carta a los Jóvenes).
- (4) IBIDEM, V, 3.1
- (5) IBIDEM, II, 3
- (6) IBIDEM, II, 2
- (7) CALDERA, R. "Las drogas y los dólares" En ABC. 20-10-1984. Pág. 59.
- (8) OBISPOS DEL PAIS VASCO, O.C. II, 2
- (9) CALDERA, R., ibid
- (10) OBISPOS DEL PAIS VASCO, O.C. IV, 6 Y II, 1
- (11) VIDAL M. O.C. pág. 83-84
- (12) EL PAIS (11-08-1988). "El debate de la droga". (Editorial).
- (13) CARMENA, M. (1989) "La regulación de la droga en un doble objetivo: sanitario y de mantenimiento de la sociedad democrática". Conferencia dictada en Almería (2-2-1989) Resumen de "IDEAL" (5-2-1989. Pág. 10).
- (14) NAKAJIMA, H. Director de la O.M.S. En la 3ª Sesión del Comité Regional Europeo, programa: "La Salud para todos en el año 2000". Se celebró en París. (EL PAIS, 19-09-1989, Pág.26).
- (15) SAVATER, F.: (1988) "Adictos II". EL PAIS-Semanal (10-07-1988; Pág. 6).
- (16) GIL CALVO, E.: (1989). "Uvas envenenadas..." EL PAIS (16-09-1989; Pág.12).
- (17) U.N.A.T. (1988). No legalización de las drogas tóxicas. En IDEAL (28-12-1988, Pág. 30).

- (18) GARCIA VARGAS, J.:(1989). "Inoportuno hablar de legalizar las drogas", "IDEAL" (29-06-1989; Pág. 36).
- (19) MANOVEL, Ma.J.:(1989). Un debate pendiente. EL PAIS (10-08-89; Pág. 16).
- (20) "SEMINARIO INTERNACIONAL SOBRE VIOLENCIA Y CRIMINALIDAD". Diecinueve responsables de Seguridad de 19 países reunidos en Madrid. "La Voz de Almería". (7-10-1989); Pág. 26).
- (21) VERDEJO, G.(1989). La despenalización inocencia bautismal. En su ponencia: "La despenalización de las drogas". Primer Seminario Andaluz sobre toxicomanías. Roquetas de Mar (Almería), 4-6-1989.
- (22) Fiscalía General del Estado: MEMORIA 1988. Reseña de ALVAREZ J. L., en IDEAL (18-09-1989, Pág. 37).
- (23) "Los españoles que quieren legalizar la droga". Paralelo de razones en pro y en contra de la legalización."Cambio 16". Rev. Nº 931. 2-10-19189. Págs 12-17.
- (24) MAYOR, J.(1989): Lejos de los extremismos. En "Drogodependencia y permisividad /y 2". EL PAIS. 5-12-1989, Pág. 34).
- (25) STOETZEL, J. (1983). ¿Qué pensamos los europeos? Ed. Mafre. Madrid.
- (26) ORTEGA, V.(1985)."El cambio de valores en España". En Catolicismo en España. Ed. Instituto de Sociología Aplicada. Madrid.

#### X.- CONCLUSIONES



Resumir en unas pocas páginas el contenido y amplitud de la investigación realizada, supone un esfuerzo adicional y, con el riesgo que ha de asumirse, de tener que simplificar y agrupar conceptos, que permitan ofrecer una visión clara y objetiva del trabajo efectuado.

Todo proceso científico se inicia estableciendo los límites y objetivos que la investigación persigue. En nuestro caso, en la Introducción dejábamos constancia de estos requisitos y, en este capítulo, debemos dar la respuesta obtenida y su interpretación psicosociológica. Nuestro objetivo principal consistía en estudiar la posibilidad de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los toxicómanos almerienses, destacando como objetivos específicos, los siguientes:

- 1.- Actitudes de los padres ante la situación de su hijo/a drogadicto/a.
- 2.- Actitudes y motivaciones del toxicómano ante la droga y ante su deseo y posibilidad de recuperación.
- 3.- Actitudes de los expertos sobre las posibilidades psicológicas, educativas, sanitarias y sociales de tratamiento y rehabilitación-reinserción.

Teniendo en cuenta que el estudio de fenómenos sociales está enmarcado dentro de un determinado contexto socio-económico, y que nuestro trabajo de investigación se centraba en la Capital de la Provincia de Almería, debemos referirnos, en primer lugar, a la influencia del entorno en el proceso de drogadicción, objetivo principal.

#### 1.- Influencia del entorno.

La situación y evolución económica de la Provincia de Almería, caracterizada por un rápido crecimiento en los últimos veinte años, junto a la persistencia y agudización de desequilibrios estructurales, configura un proceso de mejora del nivel de vida sin el crecimiento paralelo del nivel de forma-

ción. Por otra parte, la distribución de las rentas generadas, ha ampliado tanto las diferencias comarcales como la aparición de nuevos niveles de rentas medias y medias-altas, conviviendo con zonas de marginación y pobreza.

El nivel de enseñanza, deficiente en casi todos sus niveles educativos, aunque en los últimos años se están dando avances importantes para corregirlo, no ha contribuido positivamente en la orientación a la juventud sobre las necesidades de especialistas que el crecimiento económico demandaba, provocando excesos en determinadas disciplinas y carencias en otras, con el consiguiente efecto de frustración.

Por último, el nivel sanitario en la Provincia y las dotaciones en infraestructura son insuficientes para las necesidades actuales. Además de esto, el bajo nivel educativo-sanitario ha propiciado la presencia aún de enfermedades erradicadas en casi toda España, situación que evidencia un reflejo de carencias generalizadas de estructuras básicas.

En resumen, podemos concluir que el entorno donde se desarrolla el proceso de adicción puede no ser impulsor del mismo, pero tampoco dispone de medios de defensa social que frenen los efectos procedentes de la Ley Económica de Mercado, en el sentido de que "la oferta crea su propia demanda".

## 2.- Actitudes de los padres ante la situación de su hijo/a drogadicto/a.

El entorno familiar es el segundo nivel de aproximación al problema. Las actitudes familiares y el ambiente familiar donde se desarrolla la personalidad del niño, es un factor fundamental para poder entender alguno de los procesos de adicción indicados en las encuestas.

El enfrentamiento con la vida es algo muy difícil y, dependiendo de la personalidad, pueden ser no soportables las frustraciones y restricciones durante mucho tiempo. La ilusión de fortaleza: "La

droga que es también un símbolo de potencia, transforma al adolescente en un superhombre".

Las crisis de "amor-odio", "idealismo-represión", enfrentamiento "jóvenes-viejos", el adolescente "revolucionario" versus inmovilismo socio-familiar, constituyen diversas formas de ver el mismo problema generacional de épocas pasadas, pero agudizado por el rápido progreso en todos los órdenes de la vida. Las comunicaciones hacen cada vez el Universo más pequeño y movimientos, que en el pasado, duraban años de evolución, en el momento actual, se desarrollan a una velocidad de vértigo y se están derrumbando muchos tabúes de gran influencia social.

¿Va el mundo del futuro hacia la droga?. Esta pregunta aterradora debe ser motivo de reflexión profunda. Las causas que originan este suicidio colectivo son:

- \* Hay desencanto.
- \* La libertad y el paraíso están en la química.
- \* La droga es un gran negocio.
- \* La polémica legalización sí-legalización no.

A través de diversos estudios sociológicos realizados a padres de drogadictos, las características de los jóvenes con más probabilidad de llegar a ser drogadictos, son:

- \* Edad sobre 19 años.
- \* Falta de carácter. No decide por sí mismo.
- \* Depresivos o con ideas de rechazo social.
- \* Malas relaciones con los padres o padres adictos.
- \* Relación con amigos que consumen droga.
- \* Pobre relación escolar.
- \* Vivir en ambiente de alta disponibilidad.

Por otra parte, debemos destacar el factor esencial que influye positivamente en la separación de la droga y que constituye el elemento adecuado a fortalecer como prevención ante ella: el carácter. Es necesario dar al niño una capacidad madura de autodecisión a la medida de su edad evolutiva.

Según las encuestas realizadas y analizadas en el Capítulo V, destacamos los motivos que los



padres destacan como más importantes para el consumo de drogas:

- \* El gusto de hacer lo prohibido.
- \* Escapar de problemas personales.
- \* Experimentar placer, animarse.
- \* Por curiosidad y deseo de sentir.
- \* Sentirse libre.
- \* Deseo de ser miembro del grupo.
- \* Sensaciones nuevas.

3. - Actitudes y motivaciones del toxicómano ante la droga y ante su deseo y posibilidad de recuperación.

El drogadicto de hoy tiene unas características completamente contrapuestas al drogadicto clásico:

- \* Juvenil.
- \* Grupal.
- \* Afecto a varias drogas.

De las veinte motivaciones para consumir drogas, aducidas por los encuestados, es necesario resaltar aquellas que están presentes en un alto porcentaje de las respuestas a las encuestas realizadas y cuyo análisis se encuentra en el Capítulo VI y que son:

Del 45 al 50 por ciento:

- \* Por curiosidad y deseo de sentir.
- \* Escapar de problemas personales.
- \* Experimentar placer, animarse.

Del 30 al 35 por ciento:

- \* Calmar los nervios.
- \* Dormir mejor.
- \* Estar a disgusto en esta Sociedad.

Del 25 al 30 por ciento:

- \* Sensaciones nuevas.
- \* Encontrar un nuevo estilo de vida.
- \* Para facilitar contacto social.
- \* Sentirse libre.
- \* El gusto de hacer lo prohibido.

Por otra parte, hay que destacar las diferencias de opinión expresadas por Padres, Drogadictos y Expertos sobre las motivaciones que llevan a la drogodependencia, observándose matices que pueden condicionar el tratamiento familiar tanto antes de iniciarse en el consumo como una vez conocido por los padres. Teniendo en cuenta la agregación de las preferencias en grandes subgrupos tal y como éstas aparecen en las tablas, estas diferencias, referidas sólo a las tres primeras motivaciones, son:

P A D R E S	EXPERTOS
1 - Sensaciones nuevas.	1 - Huida social.
2 - Libertad.	2 - Sensaciones nuevas.
3 - Adaptación normas sociales	3 - Relación individuo-grupo.

P A D R E S	DROGADICTOS
1 - Sensaciones nuevas.	1 - Sensaciones nuevas.
2 - Libertad.	2 - Huida social.
3 - Adaptación normas sociales	3 - Libertad.

EXPERTOS	DROGADICTOS
1 - Huida social.	1 - Sensaciones nuevas.
2 - Sensaciones nuevas.	2 - Huida social.
3 - Relación individuo/grupo.	3 - Libertad.

Por tanto, y, como era de esperar, parece que son los expertos quienes mejor atisban las causas del problema, de acuerdo con los propios toxicómanos.

En lo que se refiere a las relaciones establecidas entre las distintas variables, el estudio concluye:

\* Los drogodependientes más pesimistas sobre sus posibilidades de recuperación son los menores de 20 años, mientras que los más optimistas son aquellos que viven en familia, lo que da una idea de la importancia de la institución familiar en la rehabilitación de los toxicómanos.

Por otra parte, la confianza en salir de la drogodependencia por medios propios aumenta con la clase social, y es especialmente alta entre los que se encuentran en tratamiento, lo que una vez más da una idea del otro pilar sobre el que debe asentarse la política de tratamiento de los drogodependientes.

Entre este último grupo, el de los que se encuentra en rehabilitación, se obtiene otra respuesta significativa e importante a la hora de determinar las modalidades de ayuda a los toxicómanos. Así, mayoritariamente se pronuncian a favor de los centros de rehabilitación frente a la opción de tratamiento en hospitales y clínicas como otra enfermedad, aunque en este último punto las repuestas no son tan unánimes.

#### 4.- Actitudes de los expertos sobre las posibilidades psicológicas, educativas, sanitarias y sociales de tratamiento y rehabilitación-reinserción.

Los expertos denuncian, ante todo, e independientemente del subgrupo en el que se encuentran, la falta de conciencia social sobre el problema, y propugnan tanto una mejor información a través de los medios de difusión como una decidida intervención estatal en un problema cada vez más acuciante.

Por otra parte, es general la denuncia, por un lado de la insuficiencia de medios económicos y materiales con los que realizar su labor, y por otro de la escasez de personal especializado a todos los niveles, y, una vez más, se aboga por una decidida intervención del conjunto de la sociedad, que dé prioridad al tema de la rehabilitación de los drogodependientes dando solución a estos dos graves problemas tan íntimamente relacionados.

Asimismo, los expertos apuntan la necesidad de seguir investigando para cubrir las lagunas médicas y farmacológicas todavía existentes, fomentando el intercambio de experiencias en la materia y una vez más relacionan este problema con el de la escasez de medios.

En lo que al plano legal se refiere, todos los profesionales propugnan una remodelación de la legislación sobre rehabilitación, haciendo especial hincapié en la normativa que rige las comunidades terapéuticas.

Los profesionales, en general, se pronuncian por las Comunidades Terapéuticas en régimen de internado, que consideran imprescindibles para la rehabilitación, ya que aíslan al drogodependiente del medio en que vive, rompiendo con el entorno que le ha llevado al consumo de drogas. La valoración que se hace de los centros de externado no es tan unánime entre los diferentes subgrupos, pero en general se considera que son un buen complemento de los anteriores, pero manteniendo a los primeros como base del tratamiento.

En lo que al centro fundamental de este trabajo se refiere: las motivaciones que llevan al consumo de drogas, los expertos destacan mayoritariamente las siguientes:

- \* Estar a disgusto en esta sociedad
- \* Escapar a los problemas personales.
- \* El gusto de hacer lo prohibido.

Es decir, dan una gran importancia al entorno y a los problemas sociales y personales como determinantes del consumo de droga, apuntando cuál podría ser la vía para la prevención.

En este sentido, los expertos sugieren, como medio de tratamiento, rehabilitación y prevención, no sólo atacar la demanda sino la oferta, el negocio de unos que no reparan en medios para lograr adictos. Sin embargo se apunta como problema fundamental la crisis que actualmente sufre nuestra sociedad, con el cuestionamiento de una escala de valores que aún no ha sido sustituida por otra.

## 5.- Conclusiones sobre la aproximación ética al fenómeno de la droga

Finalmente, una vez expuestos los resultados fundamentales de esta investigación, pero muy en relación con lo anterior es necesario hacer una referencia ética al fenómeno de la droga. Como ya se ha expuesto, el fenómeno de la droga está muy relacionado con la crisis de la civilización, el vacío moral manifestado en el afán consumista y materialista, creador de "deseos de experimentarlo todo" y de frustraciones por no alcanzar las metas que la sociedad competitiva fija.

Por otro lado, hay que denunciar los intereses económicos creados en torno a la drogas y que finalmente parece que son asumidos por los responsables de la lucha contra el narcotráfico. Así, es cada vez más evidente que el problema de la droga es de tal magnitud que debe atajarse tanto desde el punto de vista de la oferta como desde el de la demanda.

En lo que a la oferta se refiere, es necesario tomar conciencia de la magnitud del negocio que el tráfico de drogas supone y atacarlo en los mismos países productores. Sin embargo, no debemos olvidar la relación que existe entre países subdesarrollados y países productores de drogas y debemos dar una alternativa aceptable a estos pueblos. Sólo así podremos obtener su colaboración y la erradicación del problema no revestirá el carácter de imposición del mundo desarrollado sobre el tercer mundo.

En lo que al segundo punto se refiere, los resultados de esta investigación para la provincia de Almería pueden dar luz sobre como atacar la demanda, previniendo los condicionamientos tanto sociales como personales del fenómeno de la drogadicción. Así, hay que potenciar las instituciones como la familia cuyo importante papel ha quedado puesto de manifestado en las respuestas a los cuestionarios y dentro de la cual la comunicación es tan importante.

"La tarea de estudiar el problema se ha hecho más difícil por la suposición de que "lo que la gente desea es bueno para ella". Se olvida el hecho de que muchas veces los deseos de la gente son perjudiciales para ella y de que los deseos mismos pueden ser síntomas de mal funcionamiento, o de sugestión, o de ambas cosas. Todo el mundo sabe hoy, por ejemplo, que la drogadicción no es deseable, aunque muchas personas deseen tomar drogas. Como todo nuestro sistema económico se basa en crear deseos que los artículos pueden satisfacer con una ganancia, es difícil que un análisis crítico de lo irracionales que son los deseos, sea popular". ... "Más que ningún otro científico, el que

estudia al hombre sufre la influencia de la atmósfera de su sociedad". (1)



Colgante que porta al pecho, en La Chanca, el niño de 10 años F.L.R., con gran influencia entre los niños de su edad. Se lo impone a quienes él decide entre los que muestran mayor interés.

El impositor maneja bastante dinero. Mostraba yo el colgante a una profesora ante niños de 7 años. Uno de ellos dijo: "Yo sé cómo se lee eso: ¡Abajo la policía; arriba la droga!". Tras la curiosidad el porro; tras él...

---

Hoja de Haxix: hachís, mariguana, cánnabis, grifa, kif; en La Chanca, hierba. Fotografía triplemente aumentada.

NOTA

- (1) Fromm, E.: (1952) Anatomía de la destructividad humana. Ed. 4ª Siglo XXI (Pág. 264). Madrid.

XI.- APENDICE





## XI.- APENDICE

- 1.- Bibliografía
- 2.- Tratamiento estadístico
- 3.- Apendículos de algunos capítulos

En el original de la tesis se incluyó documentación complementaria a los capítulos III, IV, V y IX, quedando suprimida en esta edición.



## **1.- Bibliografía.**

### **1.1.- Metodología.**

**ALCALDE INCHAUSTI, J. (1975) Estadística aplicada a las Ciencias Sociales, Pirámide.**

**ALMARCHA, A. et al. (1969) La documentación y organización de datos en la investigación sociológica. Ed. Confederación Nacional de Cajas de Ahorros, Madrid.**

**ALVAREZ MENDEZ, J. M. (1986) "Investigación cuantitativa, investigación cualitativa: ¿falsa disyuntiva?". En COOK, T. D.; REICHART, Ch. S. (1982) (Traduc.) pp. 9-24.**

**ALVAREZ, S.; BRONACANO, F.; QUINTANILLA, M. A. (1984) Filosofía e Historia de la Ciencia, Univ. de Salamanca.**

**ALVIRA, F. et al. (1979) Los dos métodos de las Ciencias Sociales. Se publican, entre otros estudios, los de CRONBACH, L. J. "Las dos disciplinas de la psicología científica" (pp. 93-124) y "Mas allá de las dos disciplinas de la psicología científica" (pp. 253-276). Centro de Inv. Sociales, Madrid.**

**ANDER EGG, E. (1969) Técnicas de investigación social. Humánitas, México.**

**ARNAU, J. (1978) Métodos de investigación en las ciencias humanas. Omega, Barcelona.**

**ARNAU, J. (1986) Diseños experimentales en psicología y educación. Trillas, México.**

**ASTI VERA. (1968) Metodología de la Investigación. Kapelusz, Buenos Aires.**

**BACHERLAND, G. (1974) La formación del espíritu científico. Ed. Siglo XXI, Madrid.**

**BACHERLAND, G. (1976) El compromiso racionalista. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.**

**BAYES, R. (1974) Introducción al método científico en Psicología. Fontanella, Barcelona.**

**BELLACK, A. (1981) "Contrasting approaches to research on Teaching". En TABACNICK, T.; POPKEWITZ, T.; SZEKELY, B. Studing Teaching and Learning. Preager, Nueva York.**

**BERELSON, B. (1952) Content analysis in communication research. Nueva York.**

- BERELSON, G.; GARY, S. (1964) *Human Behaviour. An inventory of scientific findings*. Harcourt, Nueva York.
- BERNAL, J. D. (1979) *La ciencia en la historia*. Nueva Imagen, México.
- BOCHENSKI, I. M. (1981) *Los métodos actuales del pensamiento*. Rialp, Madrid (14ª Edic.).
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. (1982) *Qualitative Research for Education*. Allyn and Bacon, Boston.
- BOUDON, R. et al. (1973) *Metodología de las ciencias sociales*, Vol. 1: Conceptos e índices. Vol. 2: El Análisis empírico de causalidad. Vol. 3: Análisis de los procesos sociales. Laia, Barcelona.
- BRUYN, S. T. (1972) *La perspectiva humana en sociología*. Amorrortu, Buenos Aires.
- BUGEDA, J. "Los instrumentos de investigación en las ciencias sociales". En *Revista Política Social*, núm. 13.
- BUGEDA, J. (1974) *Manual de técnicas de investigación social*. Instituto de Estudios Políticos, Madrid. (2ª Edición).
- BUGEDA, J. (1975) *La medida de las ciencias sociales*. Confederación de Cajas de Ahorro, Madrid.
- BUGEDA, J. (1975)b *Sociología matemática*. Instituto de Estudios Políticos, Madrid.
- BUNGE, M. (1972) *La investigación científica*. Ariel, Barcelona.
- BUNGE, M. (1975) *Teoría y Realidad*. Ariel, Barcelona.
- BUNGE, M. (1980)a *Ciencia y Desarrollo*. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.
- BUNGE, M. (1980)b *Epistemología*. Ariel, Barcelona.
- BUNGE, M. (1981) *La ciencia. Su método y su filosofía*. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.
- BUNGE, M. (1985)a *Pseudociencia e ideología*. Alianza, Madrid.
- BUNGE, M. (1985)b *Racionalidad y realismo*. Alianza, Madrid.
- CAMPBELL, D. (1974) "Qualitative Knowing in action research". En *Journal of Social Issues*. American Psychological Association, Nueva Orleans. Citado en COOK, T. D.; REICHARD, Ch. S. pp. 20).

CAMPBELL, D.; STANLEY, J. (1970) Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Amorrortu, Buenos Aires.

CAPLOW, T. (1972) La investigación sociológica. Laia, Barcelona.

CASSIRER, E. (1975) El problema del conocimiento. F.C.M., México.

COHEN, M.; NAGEL, E. (1976) Introducción a la lógica y al método científico. Amorrortu, Buenos Aires.

COLE, S. (1972) The sociological method. Chicago.

COLEMAN, J. S. (1970) "Los métodos de la Sociología". En ALVIRA, F. et al. "Los dos métodos de las Ciencias Sociales". O. C. pp. 125-159.

COOK, T. D.; REICHARD, Ch. S. (1982) Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research. Sage Pub. (Trad. Morata, Madrid).

CRONBACH, L. J. (1975) "Beyond the two disciplines of scientific psychology". En Amer. Psychologist. 30, pp. 116-127. "Papeles del Colegio de Psicólogos" (1986, vol. IV, núm. 26, pp. 59). En este número de la revista se le dedican las págs. 53-62, sobre biografía, bibliografía y teorías, con un estudio histórico-bibliométrico.

CHALMERS, A. F. (1982) ¿Qué es esa cosa llamada ciencia?. Ed. Siglo XXI, Madrid.

DAMPIER, W. (1972) Historia de la ciencia. Tecnos, Madrid.

DELORS, J. (1971) Les indicateurs sociaux. Sedeis.

DOMENECH, T. M. (1974) Métodos estadísticos para la investigación en ciencias sociales. Herder.

DOUGLAS, J. (1979) "Understanding Everyday life". Aldine, Chicago. Citado por FILSTEAD, W. J. (1986). O. C. pp. 63.

DURKHEIM, E. (1964) Las reglas del método sociológico. Dédalo, Buenos Aires.

DUVERGER, M. (1962) Methodes des Sciences Sociales. PUF, París. Trad. Ariel, Barcelona. "Los caracteres de los fenómenos sociales": El carácter colectivo, comunitarismo y psicologismo (pp. 35-48).

DUVERGER, M. (1962) Métodos de las Ciencias Sociales. Ariel, Barcelona.

FEYERABEND, P. (1982) La ciencia en una sociedad libre. Ed. Siglo XXI, Madrid.

- FILSTEAD, W. J. (1986) Métodos cualitativos. En COOK, T. D.; REICHARD, Ch. S., O. C. pp. 59-79.
- FRAISE, P.; PIAGET, J. (1970) Psicología social. Paidós, Buenos Aires.
- FREEMAN, L. C. (1971) Elementos de Estadística Aplicada. Euramérica, Madrid.
- FUNDACION FOESSA (1967) Tres estudios para un sistema de indicadores sociales. Euramérica, Madrid.
- GADANER, H. G. (1977) Verdad y método. Sígueme, Salamanca.
- GALTUNG, J. (1971) Teoría y métodos en la investigación social. Buenos Aires.
- GEYMONAT, L. (1985) Historia de la Filosofía y de la Ciencia. Crítica Grijalbo, Barcelona.
- GIBSON, Q. (1968) La lógica de la investigación social. Tecnos, Madrid.
- GLASS, G. V.; STANLEY, J. C. (1974) Métodos estadísticos aplicados a las ciencias sociales. P. Hall Internac., Madrid.
- GODDE y HATT (1952) Metodología della ricerca sociale. Il Mulino, Boloña. (Hay edición en castellano: Edit. Trillas, México).
- GOYETTE, G. (1988) La investigación-acción. Laertes, Barcelona.
- GRAWITZ, M (1975) Methodes des sciences sociales. Dalloz, París. (Trad. Hispano Europea, Barcelona).
- HABERMAS, J. (1984) Ciencia y técnica como ideología. Tecnos, Madrid.
- HANSON, N. R. (1977) Patrones de descubrimiento. Observación y explicación. Alianza, Madrid.
- HYMAN, H. (1971) Diseño y análisis de encuestas sociales. Amorrortu, Buenos Aires.
- ILLUECAS VALERO, L. (1971) La entrevista. El Magisterio Español, Madrid.
- JACOBSON, V. (1968) El diálogo y la entrevista. Euramérica, Madrid.
- JAVEAU, C. (1971) L'enquete par questionnaire. Revue de l'Institut de Sociologie, México.
- KERLINGER, F. N. (1981) Enfoque conceptual en la investiga-

ción del comportamiento. Nueva Editorial Interamericana. México.

KOERTGE, N. (1974) "La crítica intrateórica y el desarrollo de la ciencia". En LAKATOS, I. (1974) citado en esta bibliografía, pp. 124-ss.

KONIG, R. et al. (1974) Tratado de sociología empírica. Tecnos, Madrid.

KUNN, T. S. (1971) The function of measurement in modern physical science. Isis. pp. 52. Citado por CHALMERS, A. F., O. C. pp. 2.

LAKATOS, I. (1974) Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales. Tecnos, Madrid.

LAMSON, F. W. (1986) Elementos de investigación. Omega, Barcelona.

LAKATOS, I. (1978) The Methodology of scientific Research Programs. (Trad. Alianza Universidad, Madrid, 1983).

LEBRET, L. J. (1961) Manual de encuesta social. Rialp, Madrid. (2 volúmenes).

LOSEE, J. (1979) Introducción histórica a la Filosofía de la Ciencia. Alianza, Madrid.

MARDONES, J. M.; URSUA, N. (1983) Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Fontamara, Barcelona.

MARTINEZ, H. M. (1987) Psicología experimental: conceptos básicos, metodología y diseños. Ed. Universitarias y Técnicas, Madrid.

MERTON, R. K. (1977) La sociología de la ciencia. Alianza, Madrid.

MONTSERRAT, J. (1984) Epistemología evolutiva y teoría de la ciencia. Ed. Universidad de Comillas, Madrid.

MUCCHIELLI, R. (1974) El cuestionario de la encuesta psico-social. Ibérico-Europea de Ediciones, Madrid.

NAGEL, E. (1981) La estructura de la ciencia. Paidós, Barcelona.

PADUA, J. et al. (1979) Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. F.C.E., México.

PEREZ GOMEZ, A. (1978) Las fronteras de la educación. Zero-ZXY, Madrid. pp. 38-ss.

PIAGET, J.; LAZARSTIED, L. et al. (1976) Tendencias de la investigación en las Ciencias Sociales. Alianza, Madrid.



- POPPER, K. R. (1977) La lógica de la investigación científica. Tecnos, Madrid.
- POPPER, K. R. (1983) "La racionalidad de las revoluciones científicas". En Teorema 13 1/2, pp. 109-140.
- PULIDO SAN ROMAN, A. (S/F) Estadísticas y técnicas de investigación social. Anaya.
- QUINTANILLA, M. A. (1976) Ideología y ciencia. Ed. Torres, Valencia.
- RABADE, S. (1981) Método y pensamiento en la modernidad. Narcea, Madrid.
- RADNITZKY, G. et al. (1982) Progreso y racionalidad en la ciencia. Alianza, Madrid.
- RODRIGUEZ, A. (1977) Investigación experimental en psicología y educación. Trillas, México.
- ROSEL, J. (1986) Metodología experimental en psicología. Alamex, Barcelona.
- RYAN, A. (1973) Metodología de las ciencias sociales. Euramérica, Madrid.
- SEIFFERT, H. (1977) Introducción a la teoría de la ciencia. Herder.
- SELLTIZ, C. et al. (1970) Métodos de investigación en las ciencias sociales. Rialp, Madrid.
- SHEUCH, E. L. (1974) "La entrevista en la investigación social". En KONIG, R. et al. En tratado de sociología empírica. Tecnos.
- SHULMAN, L. S. (1986) "Paradigms and Research Programs in the Study of Teaching". En WITTROCK, M. (1986) Handbook of Research on Teaching. Mc Millan. Nueva York,
- SIERRA, R. (1988) Técnicas de investigación social. Paraninfo, Madrid.
- STOETZEL, J. (1973) Les sondages d'opinion publique. PUF, París.
- STRÖKER, E. (1985) La idea de Popper del racionalismo crítico. Teorema, 15, 1/2, pp. 231-243.
- SUPE, F. (1979) La estructura de las teorías científicas. Ed. Nacional, Madrid.
- TOULMIN, S. (1977) La comprensión humana. Alianza, Madrid.
- TOURINÁN, J. M. (1987) Teoría de la Educación. Anaya, Ma-

drid.

VALLIER, J. (1971) *Comparative methods in sociology*. Unif. of California. Press.

VAZQUEZ, J. M.; LOPEZ RIVAS, P. (1962) *La investigación social*. OPE, Madrid.

WAINERMAN, Ch. et al. (1976) *Escalas de medición en las ciencias sociales*. Nueva Visión.

WARTOFSKY, M. W. (1981) *Introducción a la filosofía de la ciencia*. Alianza, Madrid.

WHITNEY, F. L. (1986) *Elementos de investigación*. Omega, Barcelona.

YOUNG, P. V. (1960) *Métodos científicos de investigación social*. Instituto de Investigaciones Sociales, México.

ZETTEMBERG, H. (1965) *Teoría y verificación en Sociología*. Nueva Visión. Buenos Aires.

ZIMAN, J. (1981) *La credibilidad de la ciencia*. Alianza, Madrid.

ZUBIRI, X. (1970) *Cinco lecciones de filosofía*. Ed. Moneda y Crédito, Madrid (2ª Edición).

ZUBIRI, X. (1983) *Inteligencia y razón*. Alianza, Madrid.

## 1.2.- Junta de Andalucía

ANDALUCIA JUNTA (1988) Los andaluces ante las drogas. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

ANDALUCIA JUNTA (1988) Informe de situación. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla

ANDALUCIA JUNTA (1988-1989) "ALCAID". Rev. Núm 5 y 6. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

ANDALUCIA JUNTA (1988) Los jóvenes andaluces: una actitud realista ante la vida. Equipo analista, Margen andalucía. consta de 283 págs. Ed. Consejería de cultura. Sevilla. Las págs. por mí consultadas: -descripción estadística: 38 a 73; actitudes de la juventud andaluza: 210 a 254.

ANDALUCIA JUNTA (1989) Diez años de vida andaluza 1978-1988. Ed. Andalucía, J. Sevilla

ANDALUCIA, JUNTA. (1984) "Proyecto Hombre". En Interdroga, núm. 3, pp. 9-12. INSERSO, Madrid.

EDIS: Equipo de Investigación (1987) Los andaluces ante las drogas. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

EDIS: Equipo de Investigación (1990) Los andaluces ante las drogas. Consumo. Actitudes de la población. Conocimiento y valoración de las actuaciones ante la droga en Andalucía. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

MOLINA, B. y otros (1988) Cuaderno de Orientación para Asistentes Sociales. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

NIETO, A.; MEJIAS, E. (1987) Cuaderno de Orientación para Sanitarios. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1989) Cambio de marcha. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1990) Informe de situación 1986-1989. Comprende una síntesis sobre: 1) Situación del consumo de drogas. 2) Impresiones de la población andaluza. 3) Actuaciones: prevención, asistencia, movimiento asociativo, investigación, presupuestos, campañas de información y publicidad (con ilustraciones en color sobre algunos textos más relevantes, spots de TVA y carteles). Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1989) Informe situación 1988. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1989) El Profesional de Atención Primaria de Salud ante las Drogodependencias: actuar es

posible. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1986) Guía para padres preocupados por las Drogas. Nuevas ediciones: 1987 y 1989. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1987) Informe-1986. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1989) A tu salud. Cuaderno de prevención del Alcoholismo. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1986-1990) Alcaid. Boletín informativo sobre drogodependencias. Se han publicado, hasta ahora, 9 números. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1988) Los Andaluces ante las Drogas. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1988) Informe de situación. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

REINA, F. (1985) Urgencias derivadas del Consumo de Drogas. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

REINA, F. y otros (1987) Los padres ante las drogas. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

ROSA MEMBRIVES, A. (1986) La intervención educativa ante las drogodependencias. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

SERRANO, A.; GONZALEZ, A.; LOPEZ, A. (1987) Cuaderno de Orientaciones para Psicólogos. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

VV. AA. (1989) Drogadicción y Embarazo. Trabajo de investigación en el Hospital Regional Materno-Infantil de Málaga. Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

VV.AA. Consumo de drogas en Andalucía (1989). Andalucía Junta. Actuar es posible: al profesional de atención primaria de salud ante las drogas. "Un porcentaje muy elevado de los toxicómanos se surten dirigiéndose a los médicos; 3 de cada 4 toxicómanos son politoxicómanos y prácticamente siempre existe un componente medicamentoso (pág. 11). El 50% de las drogas consumidas han sido adquiridas a través de recetas médicas". Ed. Comisionado para la droga. Sevilla.

### 1.3.- General.

ABAD, C. GARCIA, L. COMPAN, D. (1983) La pesca en Almería. En Almería. Tomo I. Págs 249-361. Enciclopedia, cuatro tomos. Anel, S.A. Granada.

AGAR, M. H. (1986) *Speaking of Ethnography*. SAGE, London.

AGUADO, C.; COMAS, D.; MARTIN, E. (1987) *Actitudes de maestros y profesores ante las drogas y la prevención del uso de drogas en el área escolar*. Ministerio de Educación. Madrid.

AGUADO, C.; MARTIN, E. (1986) "Centros de asistencia a drogodependientes". En *Psicólogos*, núm. 24. Madrid.

AGUAR, O. (1981) *Drogas y fármacos de abuso*. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid.

AGUILAR, J. Y OTROS. (1982) *La pesca en Almería*. Ed. Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Almería. Almería.

AGUIRRE, R. (1985) *La Cena de Jesús: historia y sentido*. "Peligro de convertir la Cena en un rito mágico supersticioso", pp. 55-61. Fundación Santa María. Madrid.

ALBA, V. (1979) *Historia Social de la Juventud. La juventud como fenómeno biológico, social, intelectual*. Ed. Plaza y Janes, Barcelona.

ALFONSO, M.; IBAÑEZ, P. (1989) *Drogas y Toxicomanías*. Ed. Narcea, Madrid.

ALFONSO SAN JUAN, M. E IBAÑEZ LOPEZ, P. (1987) *Drogas y toxicomnía*. Ed. Narcea. Madrid.

ALLISON, M.; HUBBARD, R. L. (1985) "Drug abuse treatment process: a review of the literature". En *International Journal of Addictions*. Vol. 20, núm. 9, pp. 1321-1345.

ALMELA, J. (1990) "Planteamientos sobre la rehabilitación". en *P. M. Rev.* núm. 170, pp. 108-113. Ed. Popular. Madrid.

ALONSO-FERNANDEZ, F. (1985) *Psicología Médica y Social*. Salvat. Barcelona.

ALONSO-FERNANDEZ, F. (1988) *La depresión y su diagnóstico: nuevo modelo clínico*. En *índice alfabético: drogadictos, drogas, drogodependencia*. Ed. Labor. Barcelona.

ALVAREZ MINGUEZ (1961) *Almería provincia emigrante*. Capítulos: I.- Los almerienses emigran. II.- ¿Por qué emigran?. III.- Cómo emigran. IV.- Adónde emigran. Tesina de Licenciatura en Sociología. (No publicada).

ALVAREZ VARA, C. et al. (1989) *Bibliografía comentada sobre drogodependencias*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Drogas. Madrid.

ALVAREZ MINGUEZ, M. (1984) *Homo mechanicus - homo sociologicus*. En ALMOTACIN (Nº 3 págs 3-30) Rev. de la E. Univ. del Profesorado de E.G.B. de Almería. analizo el pensamiento de E. Fromm, en 35 citas de sus obras, para sugerir: "La sociedad,... quizá nos parezca tributaria de los determinismos biológicos, geofísicos y ambientales de tal manera que no queda lugar para la libertad. Sin embargo, aunque estemos condicionados, la sociedad puede permanecer libre, porque la libertad, ligada a la voluntad consciente no se sitúa en los planos de los determinismos. La libertad no es la posibilidad absurda de hacer todo lo que se quiera; se trata de un comportamiento y a la biología hemos de pedir que defina las condiciones concretas de la libre actividad, que funde objetivamente la noción del deber. Es la BIOLOGIA la que nos permite valorizar el automatismo de lo alienado -hombre sociedad- y la posibilidad de elección de lo normal. Me parece que la biología humana, fundamento de la personalidad, está gritando por su revalorización en todos los niveles educacionales. Estimo que el no aprecio, a veces hasta el desprecio de la propia biología, se da en los drogodependientes como fundante de haber llegado a su situación patológica. Carencias bio-éticas subyacen en las drogodependencias" En los drogodependientes. Así resumiría mi anotación.

ALVAREZ-URIA, F. *Miserables y locos*. Tusquets, Barcelona.

ALVIRA MARTINEZ, F. (1986) "Introducción al análisis de los datos". En GARCIA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J; ALVIRA, F. (Eds-). *El análisis de la realidad social*. Alianza, Madrid.

ALVIRA, F.; COMAS, D. (1990) *Consumo de drogas en el Municipio de Madrid*. Plan Municipal contra las drogas. Madrid.

AMAT Asociación de ayuda a toxicómanos. *Un programa integral*. Mimeo, Madrid.

AMAT (1986) *Volando-voy*, núms. 1-5. Mimeo, Hontanillas.

ANDALUCIA, JUNTA. (1984) "Proyecto Hombre". En *Interdroga*, núm. 3, pp. 9-12. INSERSO, Madrid.

ANDALUCIA, JUNTA. *Comisionado para la Droga*. Sevilla. Ver Apdo. 2.

ANDRES PRIZO, F. (1991) *Los nuevos valores de los europeos*. Ed. S.M. Madrid.

ANDREWS, G.; VINKENDOS, S. (1988) *El libro de la YERBA*. Anagrama. Barcelona.

ARAMBURU, J.; CHAVARRI, M. C. (1985) "Nuestra experiencia como Monitores". En *Jornadas sobre comunidades terapéuticas*. Mimeo, 5 páginas.

ARANA, J (1981) "La Psicosociología de la juventud drogadicta". En *La droga en la juventud*. Ed. Instituto de Ciencias del Hombre. Madrid.

AREA DE SERVEIS SOCIALS (1985) *La Granja (Casa terapéutica para toxicómanos)*. Ajuntament de Barcelona, Barcelona.

ARHANZ, E. (1985) *Marginación, droga, delincuencia*. En Los jóvenes en España. Doc. social, nº 58. Ed. Cáritas Española. Madrid (Págs 205-215).

ARNDT, I.; MCLELLAN, A. T.; O'BRIEN, C. P. (1984) "Abstinence treatments for opiate addictions: Therapeutic community or naltrexone?". En *Research Monograph Serie*, núm. 49, pp. 275-281. National Institute on Drug Abuse, Rockville. Maryland.

ARON, W. S.; DSAILY, D. W. (1976) "Graduates and splitees from therapeutic community drug treatment programs: a comparison". En *International Journal of Addictions*. Vol 11, núm. 1, pp. 1-18.

ARRABAL, G. A. (1990) "'El caballo': la mayor empresa del barrio". En *P. M. Rev.* Núm. 170, pp. 91-98. Ed. Popular, Madrid.

ARRIBAS, J. M. et al. (1986) *Actitudes morales de los jóvenes y perspectivas del trabajo asociado*. Miraneo, Madrid.

ARTERO, J.M. Y OTROS, (1991) "La Almería que queremos". Ed. Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Almería.

ASE-AGENZIA DI STAMPA SUI PROBLEMI DELL EMARGINAZIONE (1984) "Comunidades para toxicómanos: La primera investigación en Italia". En *Interdroga*, núm. 3, pp. 43-50. INSERSO, Madrid.

ASOCIACION CENTRO OASIS (1986) *Asociación para el tratamiento de drogodependientes Centro Oasis*. Mimeo, Pamplona. 36 pp.

ASOCIACION «EL HORIZONTE» (1984) *Asociación «El Horizonte»*. Memoria año 1984. Mimeo, Palencia. 3 pp.

ASOCIACION «EL HORIZONTE» (1985) *Informe general*. Mimeo, Palencia. 16 pp.

ASOCIACION «EL HORIZONTE» (1985) *Asociación «El Horizonte»*. Memoria año 1985. Mimeo, Palencia. 6 pp.

ASOCIACION «GIRASOL» (1986) *Asociación «Girasol»*. Cura,

rehabilitación y reinserción de toxicómanos. Mimeo, Cádiz. 9 pp.

ASOCIACION «LE PATRIARCHE» Estudio-Informe: Tratamiento de menores en los centros de la Asociación «Le Patriarche». Mimeo, Pamplona. 32 pp.

ASOCIACION «LE PATRIARCHE» Balance parcial de admisión Enero-Octubre 1986. Mimeo, Pamplona. 20 pp.

ASOCIACION «LE PATRIARCHE» Prensa 86 (Enero-Octubre). Mimeo, Pamplona. 71 pp.

ASOCIACION «LE PATRIARCHE» Proyecto terapéutico. Mimeo, Pamplona. 28 pp.

ASOCIACION «LE PATRIARCHE» Medios materiales y fuentes de financiación de la Asociación «El Patriarca» en España. Mimeo, Pamplona. 3 pp.

ASOCIACION «LE PATRIARCHE» (1986) Informe a la Comisión del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Vol. I. Características y métodos. Mimeo, Pamplona. 31 pp.

ASOCIACION «LE PATRIARCHE» (1986) Informe a la Comisión del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Vol. II. Centros en España. Mimeo, Pamplona. 121 pp.

ASOCIACION DE JOVENES EX-TOXICOMANOS «LA COLMENA» (1986) Proyecto de reinserción. Madrid.

ASOCIACION PARA EL ESTUDIO Y PROMOCION DEL BIENESTAR SOCIAL (1987) Reinserción social y drogodependencias. Madrid.

ASOCIACION VALLISOLETANA DE AYUDA AL DROGADICTO - AVAD (1982) Memoria. Mimeo, Valladolid. 65 pp.

ASSOCIACIO LLEVANT D'AJUDA I INFORMACIO AL TOXICOMAN. Mimeo, Barcelona.

AZCONA, F. (1990) Así son los jóvenes de hoy. En Vida Nueva. n.º 1746, págs 25-34. Ed. P.P.C. Madrid.

BAEZA, J. (1990) "El educador de calle y la droga". En P. M. núm. 170 págs. 30-33. Ed. Popular, Madrid.

BALE, R. N. et al. (1980) "Therapeutic communities vs methadone maintenance. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: design and one-year follow up". En Archives of General Psychiatry. Vol. 37, núm. 2, pp. 179-193. Chicago.

BALE, R. N. et al. (1984) "Three therapeutic communities. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: process and two-year follow-up results". En Archives of General Psychiatry. Vol. 41, núm. 2, pp. 185-191. Chicago.



go.

BALE, R. N. (1979) "Outcome research in therapeutic communities for drug abusers: a critical review 1963-1975". En *International Journal of Addictions*. Vol. 14, núm. 8, pp. 1053-1075.

BARCELONA: CONSELL MUNICIPAL DE BENESTAR SOCIAL (1989) *Drogodependencias; mujer; prevención; proyecto joven; refugiados y extranjeros; tercera edad; voluntariado*. Ayuntamiento. Barcelona.

BARRANCO, L. (1984) "Los tranquilizantes". En *Tiempo*. Rev. 1.10.84, pp. 75-78.

BARRON, A. (1988) "Todos implicados en el narcotráfico". En *Cambio 16* Rev. núm. 871 (8.08.88), pp. 34-36.

BASAGLIA, F. (1972) *La institución negada*. Barral, Barcelona.

BASAGLIA, F. (1976) *¿Qué es la Psiquiatría?*. Guadarrama, Barcelona.

BASELGA, E. (1979) *Orientación hedonista de la juventud y drogadicción*. En *Adaptación y delincuencia juvenil*. Págs. 181-191. Rev. Doc. Social. Nº 33-34. Ed. Caritas. Madrid.

BECKER, H. S. (1976) "Observación social y estudios de casos sociales en SILLS, L. (Ed.) *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Aguilar, Madrid.

BEDATE VILLAR, J. (1983) "Reinserción social de toxicómanos a través de un centro de rehabilitación prolongada". En *Drogalcohol*, vol. VIII, núm. 2, pp. 75-85. Hospital Psiquiátrico de Betera, Betera.

BEDATE VILLAR, J. (1982) "Dispositivos asistenciales para el tratamiento y la rehabilitación de los toxicómanos en Valencia". En *Congreso Internacional de Alcohólicos y Toxicómanos*. Mimeo, Tanger. 10 pp.

BELL, M. D. (1985) "Three therapeutic communities for drug abusers: differences in treatment environments". En *International Journal of Addictions*, vol. 20, núm. 10, pp. 1523-1531.

BELL, M. D.; RYAN, E. R. (1985) "Where can therapeutic community ideals be realized? An examination of three treatment environments". En *Hospital and Community Psychiatry*. Vol. 36, núm. 12, pp. 1286-1291.

BELLIDO VICENTE, I. (1972) "Terapéutica de la comunidad en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo (IV Unidad Mixta del Sector Oriental)". En *Revista Clínica Española*, vol. 125, núm. 4, pp. 313-316. Madrid.

BELLO, C.; PERALES, M. (1989) "Negocio sucio, dinero blanco". En Blanco y Negro (17.09.89), pp. 26-31.

BENITO, T. et al. (1985) "Centros de Toxicomanías: Una etiqueta no deseable". En Entrejóvenes, núm. 7. Barcelona.

BERGER, L. H. et al. (1979) *Specialized Therapeutic Community Program for Female Addictis*. National Institut on Drug Abuse, Rockville. Maryland.

BERGERET, J. (1982) *Toxicomanie et personnalité* (cap. "les familles des toxicomanes", pp. 83-88, PUF. Col. Que sais je?, París.

BERGERET, J.; LEBLANC, J. et al. (1984) *Précis de Toxicomanies* (cap. "Le toxicomane et sa famille", por ANGEL, P. y STERNSSCHUSS, S.) Masson, París.

BERNARD, H. S. (1983) "Anti-therapeutic dimensions of a community meeting in therapeutic milieu". En *Psychiatry Quarterly*. Vol. 55, núm. 4, pp. 227-235. New York.

BETTELHEIM, B. (1973) *El corazón bien informado*. F.C.E., México.

BETTELHEIM, B. (1974) *Heridas simbólicas*. Barral, Barcelona.

BIANCHI, A. M.; SANZI, M. G. (1985) *Un servizio per chi. Indagine tra le famiglie e gli utenti del C.I.S. Centro Italiano de Soldarietà*, Roma.

BLANCO HERRANZ, F. J. (1988) *Derecho de las Drogodependencias: legislación y trabajos parlamentarios*. Informes y Documentos. Parlamento Vasco. Vitoria. Gasteiz.

BLANCO AGUILAR, J. (1986) "El consumo de drogas en la provincia de Cádiz: Un análisis cualitativo". En *Comunidad y Drogas*, núm. 2, pp. 41-60. Delegación del Gobierno para el P.N.D., Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

BLOOR, M. G. (1986) "Problems of therapeutic community practice in two halfway houses for disturbed adolescents: a comparative sociological study". En *Journal of Adolescence*. Vol. 9, núm. 1, pp. 29-48.

BOIX JUNQUERA, F. (1985) "La comunidad terapéutica rural en el tratamiento de toxicómanos". En *Entrejóvenes*, núm. 4. Barcelona.

BOIX REIG, J. et al. (1988) *Problemática jurídica psicosocial de las drogas: estudio psicosocial de la Ciudad de Alicante*. Conselleria de Sanidad i Consum. Monografies Sanitaries, 4. Valencia.

BOIX MARTINEZ, R. et al. (1989) *Pautas de actuación ante*

problemas de salud relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

BOLTEN, M. J. (1984) "Short-term residential psychoterapy: psychoterapy in a nutshell". En *Psychoterapy and Psychosomatic*. Vol. 41, núm. 3, pp. 109-115.

BOURAS, N.; CHILVERS, C.; WATSON, J. P. (1984) "Estimating levels of disturbed behaviour among psychiatric in-patients using a general linear model". En *Psychological Medicine*. Vol. 14, núm. 2, pp. 439-444. Cambridge.

BRATTER, T. E.; KOOYMAN, M. (1981) "A structured environment for heroin addicts: the experiences of a community-based American methadone clinic and a residential Dutch therapeutic community". En *International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 27, núm. 3, pp. 189-203. Londres.

BRIDGER, H. (1976) "Groups in open and closed systems". En Ottenberg, D. *The Therapeutic Community Today*. Centro Italiano di Solidarietà, Roma.

BUCETA, L. (1966) *La juventud ante los problemas sociales*. Ed. Doncel. Madrid.

BURROUGHS, W. (1976) *Yonqui*. Júcar, Madrid.

BURROUGHS, W. (1980) *Yonqui ("Junkie")*. Azanca-16, Júcar. Madrid.

C.R.E.A. (1986) *Trasfondo histórico del problema de la drogadicción*. C.R.E.A., Puerto Rico.

C.R.E.A. (1985) *Manual de tratamiento, deberes y responsabilidades del director del hogar*. C.R.E.A. Puerto Rico.

CALAFAT FAR, A. (1987) *Prevención escolar de la droga: experimentación escolar de un programa*. Conselleria de Sanitat, Palma de Mallorca.

CALWELL, J. (1986) "Preparing a family for intervention". *Journal of Psychoactive Drug*, Vol. 18 Jan-Mar, pp. 57-59.

CAMPBELL, F.; SINGER, G. (1987) *Estrés, drogas y salud: Experimentos recientes sobre el cerebro y la conducta*. Ariel. Barcelona.

CANCRINI, I. (1982) "El trabajo terapéutico con familias de toxicómanos". En *Quieti temerai sulle macchine volanti*. Ed. Nuova Italia Scientifica, Roma.

CANCRINI, I. (1987) "Tipología de la drogodependencia juvenil", *Comunidad y Drogas*, Monografía nº 4, Mº de Sanidad, Madrid.

CANO, A. (1990) "Cómo abordar el problema de la drogadicción en el barrio desde una Comunidad Parroquial". En P. M. núm. 170 pags. 27-29. Ed. Popular, Madrid.

CAPEL MOLINA, J.J. (1984) Artículo en la Rev. "ESTUDIOS GEOGRAFICOS". Nº 8-9. Ed. Consejería de Cultura de la Junta de Andalucía. Sevilla.

CARDONA, J. (1988) No te rindas ante ... La Droga. Rialp. Madrid.

CARRETERO PEREZ, C. (1986) Encuesta sobre comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos. Casa Lanza, mimeo.

CARVAJAL, E. et al. (1984) "Las colonias terapéuticas. Nuevas perspectivas para los pacientes psiquiátricos institucionalizados". En Revista de Psiquiatría y Psicología Humanística, núm. 7, pp. 77-82. Barcelona.

CASA DE ACOGIDA «REGULARES DE SOBA». Informe. Regulares de Soba (Cantabria), mimeo, 5 pp.

CASA LANZA "Las nuevas terapias de grupo aplicadas al tratamiento de toxicómanos en régimen de comunidad terapéutica. En I Jornadas de comunidades terapéuticas profesionales toxicómanos. Mimeo, 31 pp.

CASA LANZA (1980) "Actividades realizadas en Casa Lanza". En VII Jornadas socidrogalcohol. Pamplona. Mimeo, 3 pp.

CASA LANZA (1981) "Casa Lanza". En I Jornadas sobre la problemática de la heroína. Barcelona. Mimeo 9 pp.

CASA LANZA (1982) "Casa Lanza". En I Jornadas sobre drogodependencias. Barcelona. Mimeo 8 pp.

CASA LANZA (1984) "Trabajo del auxiliar psiquiátrico en el Centro de Rehabilitación de Toxicómanos". Casa Lanza en Congreso de Auxiliares Psiquiátricos. Mimeo 6 pp.

CASA LANZA (1984) Casa Lanza. Centro de Rehabilitación de Toxicómanos, 1984. Diputación Provincial de Valencia, Valencia.

CASA LANZA (1986) "Casa Lanza: estructura del equipo, breve descripción del funcionamiento asistencial". En I Jornada de Comunidades Terapéuticas profesionales para Toxicómanos. Valencia. Mimeo, 5 pp.

CASA LANZA (1986) "Definición y contenido de la comunidad terapéutica profesional". En I Reunión de Delegados de las Comunidades Terapéuticas Profesionales del Estado Español. Madrid. Mimeo, 6 pp.

CASAGRANDE, D. (1972) "Una contradicción institucional: al servicio cerrado para alcohólicos en BASAGLIA, A." La

institución cerrada. Informe de un Hospital Psiquiátrico. pp. 247-258. Barral, Barcelona.

CASALS, P. (1987) El Señor de la Coca. Planeta. Barcelona.

CASANOVA, J.; MADOZ, V. y otros (1988) Drogodependencias en Atención Primaria de Salud. Dirección de Salud Mental. Gobierno de Navarra, Pamplona.

CASAS, J.J. (1988) Aspectos fundamentales de la actual reforma de los delitos de tráfico ilícito de drogas. En Documentos Técnicos N° 3. simposio sobre DROGAS Y SOCIEDAD U.I.M.P. santander (8-13 agosto 1988). Ed. C.I.D. Delegación de gobierno Plan Nacional de Drogas. Madrid. (Págs 211-221).

CASTELL, R. La sociedad psiquiátrica avanzada. Anagrama, Barcelona.

CASTELL, R. (1984) La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis. Anagrama, Barcelona.

CASTILLA DEL PINO, C. (1978) "Aspectos psicosociológicos del alcoholismo". En Vieja y nueva Psiquiatría. Alianza, Madrid.

CASTILLA, C. (1980) "Psicosis toxicómanas no alcohólicas". En Introducción a la Psiquiatría. Alianza Universitaria, Madrid. Vol. 2, pp. 402-431

CEAPA (1988) Drogodependencias y su prevención. Cuaderno de formación. Escuela de Padres -2. Madrid. S/Autores.

CENTRE D'INVESTIGACIO I TRACTAMENT D'ADDICCIONS - CITA Evolución de los tratamientos en una comunidad terapéutica profesionalizada de larga estancia para toxicómanos. Mimeo, 5 pp. Dorius, Barcelona.

CENTRO DE REHABILITACION «LARRAINGOA» Centro de Rehabilitación de Toxicómanos «Larraingoa». Memoria 1,985. Mimeo, 15 pp.

CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA (1986) Plan sobre drogas correspondiente al área de Ibiza y Formentera para 1.987. Mimeo. Ibiza.

CENTRO ESPAÑOL DE SOLIDARIDAD - CES Proyecto Hombre de Rehabilitación de Toxicómanos. Mimeo, 5 pp.

CENTRO J. M. LEDESMA (1984) Centro J. M. Ledesma. Coto Ríos-Cazorla. Jaén.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1986) "Actitudes y comportamiento de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas". En Revista española de investigaciones sociológicas, núm. 33, pp. 243-419. C.I.S., Madrid.

CERDAN, M.; RUBIO, A. (1990) "Las mafias que blanquean el dinero de la droga en España". En *Cambio* 16. Rev. núm. 956 / 19.3.90. Especial Costa del Sol, pp. 12-18.

CERVERA, S. (1975) *Un signo de nuestro tiempo: las drogas*. Ldo. Magisterio español. Colección RTVE nº 5. Madrid.

CLARK, D. H. (1985) "The Therapeutic community over 40 years: some personal reflections". En *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. C.I.S., Roma.

CLARK, D. H. (1973) *Psiquiatría administrativa. Los roles de la comunidad terapéutica*. Nueva visión, Buenos Aires.

COBO PLANA, J. A. et al. (1988) *Valoración Médico-forense del problema de la droga*. Departamento de Sanidad, B. Social y Trabajo. Zaragoza.

COLECTIVO IOE (1989) *Infancia moderna y desigualdad social*. Especial interés tienen los Caps. III y IV; Principales dispositivos de socialización de la infancia en la España actual. Algunos ámbitos de socialización diferencial de la infancia, respectivamente. Ed. Documentación Social, Nº 74, Cáritas española, Madrid. pp. 403.

COLEMAN, J. C.; HUSEN, T. (1989) *Inserción de los jóvenes en una sociedad en cambio*. Ed. Narcea, Madrid.

COLEMAN VERNON (1988) *Adictos y adicciones. Causas, consecuencias y soluciones del mayor problema de salud pública de nuestro siglo*. Ed. Grijalbo. Barcelona.

COLETTI, M. (1985) "Terapia familiare o ottica relazionale?". En *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. C.I.S., Roma.

COLOM, A. J. y otros (1987) *Modelos de la intervención socioeducativa. Recuperación e inserción social*. Ed. Narcea, Madrid.

COMAS ARNAU, D. (1985) "El uso de drogas en la juventud". Ministerio de Cultura, Madrid.

COMAS ARNAU, D. (1986) "Uso de drogas: del paradigma lewiniano al nuevo rol de las expectativas simbólicas". En *Jano*, núm. 713.

COMAS ARNAU, D. (1986) "La medida de la incidencia, prevalencia y problemas causados por drogas ilegales". En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 34. C.I.S., Madrid.

COMAS ARNAU, D. (1987) *Drogas: guía para mediadores juveniles*. Instituto de la Juventud, Madrid.

COMAS ARNAU, D. (1987) "Las bases estructurales de la

Dependencia y Reinserción". En *Drogodependencias y Reinserción Social*. Dirección General de Acción Social, Madrid.

COMAS ARNAU, D. (1988) *El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades autónomas*. Ed. M<sup>2</sup> de Sanidad y Consumo, Madrid.

COMIN, A. C. (1970) "La Chanca". En *Noticia de Andalucía*. Cap. VI. Ed. Cuadernos para el Diálogo, Madrid.

COMISARIA GENERAL DE POLICIA JUDICIAL DE ESPAÑA (1988) *Estadística anual sobre actuaciones contra el tráfico ilícito de drogas*. Servicio Central de Estupefacientes. Madrid.

COMISION DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS. PORTUGALETE (1989) *Por tu salud*. Agenda Escolar 89. País Vasco. Vitoria.

COMITE DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL (1959) *Psiquiatría Social y actitudes de la colectividad*. Serie Informes Técnicos, núm. 177. O.M.S., Ginebra.

COMITE DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL (1957) *El Hospital Psiquiátrico centro de acción preventiva de la Salud Mental*. Serie Informes Técnicos, núm. 134. O.M.S., Ginebra.

COMITE DE EXPERTOS EN DROGODEPENDENCIA (1985) *Estudio sobre Comunidades Terapéuticas*. Junta de Castilla-León, Valladolid.

COMITE DE EXPERTOS DE LA O.M.S. EN FARMACODEPENDENCIA (1987) *Twenty-Third Report*. World Health Organization, Geneva.

COMITE DE EXPERTOS (1987) *Drogodependencias*. Junta de Castilla-León, Valladolid.

COMPAN VAZQUEZ, D. (1982) *La pesca en Andalucía*. Universidad de Granada. (Tesis Doctoral inédita).

COMUNIDAD TERAPEUTICA «ARGOS» (1985-1987) *Argos*. Núm. 0-11. Mimeo. Borja.

COMUNIDAD TERAPEUTICA «ARCO IRIS» (1986) *Informe*. Mimeo. Córdoba.

COMUNIDAD TERAPEUTICA DE HAIZE-GAIN *Boletín Informativo de la Comunidad Terapéutica de Haize-Gain*. Mimeo, 12 pp. Oyarzum.

COMUNIDAD TERAPEUTICA DE HAIZE-GAIN (1986) *En otro momento*. núm. 7. Mimeo, Oyarzum.

COMUNIDAD TERAPEUTICA «COTO SALINAS» (1986) *Encuadre y proceso de puesta en marcha de la Comunidad Terapéutica*

«Coto Salinas». Mimeo. Murcia.

COMUNIDAD TERAPEUTICA «ARGOS» (1986) Calendario 1987. Mimeo. Borja.

COMUNIDAD Y DROGAS Cuadernos Técnicos de estudios y documentación. M<sup>a</sup> de Sanidad y consumo. Madrid.

COMUNIDAD TERAPEUTICA «MANU ENE» (1986) Proceso Asistencial de un paciente heroínómano. Mimeo. Vizcaya.

COMUNIDAD TERAPEUTICA «ALBORADA» (1986) Comunidad Terapéutica «Alborada». Mimeo, Vigo.

COMUNIDAD TERAPEUTICA «LA GRANJA» La Comunidad Terapéutica «La Granja» dentro del programa Dross. Mimeo 4 pp.

CONFERENCIA PERMANENTE DE PODERES LOCALES Y REGIONALES DE EUROPA (1987) Conferencia sobre prevención de la inseguridad urbana. Barcelona 17-20 Noviembre de 1987. apartado VI, : Droga e Inseguridad. Ed. Documentos Técnicos nº 3. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Simposio Droga y Sociedad. (Págs 287-288).

CONGRESO MUNDIAL VASCO (2.1987) (1988) Libro blanco de las drogodependencias en Euskadi. Servicio Central de Publicaciones. Gobierno Vasco. Vitoria.

CONIER, D. (1984) Toxicomanies: Styles de Vie. Gaëtan Morin Edit., Quebec.

CONSEJERIA DE CULTURA Y BIENESTAR SOCIAL (1989) Plan Regional sobre Drogas. Castilla y León.

CONSEJO ESPAÑOL SUPERIOR DE DEPORTES (1988) Doping, carrera sin meta. Consejo Superior de Deportes.

CONTE, J. (1988) "Así cayeron los capos de la droga". En Cambio 16 Rev. núm. 871 (8.08.88), pp. 15-17.

COOMBS, R. H. (1981) "Back on the streets: therapeutic communities impact upon drug users". En American Journal of Drug and Alcohol Abuse. Vol. 8, núm. 2, pp. 185-201.

COOPERATIVA ALBEDO (1984) Terapia Familiar para Toxicodependientes. Nuova Italia Scientifice, Roma.

COSTA, P.; PEREZ, J. M. (1989) "Droga, Televisión y Sociedad". Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. En Comunidad y Drogas. Monografías núm. 8. Madrid.

COSTELLO, R. M. et al (1980) "Therapeutic community treatment for alcohol abusers: a oneyear multivariate outcome evaluation". En International Journal of Addictions. Vol. 15, núm. 2 pp. 215-232.



CRUZ GUTIERREZ, D.; LUJAN, C. (1984) "Centro piloto Amat en Montañillas". En *Drogodependencias: un reto multidisciplinar*. Tomo 2, pp. 261-265. Gobierno Vasco, Vitoria.

CRUZ MONTES, A. (1984) "Informe de la visita realizada a los Hogares c.r.e.a. de Puerto Rico (USA)". En *Drogodependencias: un reto multidisciplinar*. Tomo 2, pp. 125-136. Gobierno Vasco, Vitoria.

CUTTER, H. S. et al. (1977) "Prediction of treatment effectiveness in a drug-free therapeutic community". En *International Journal of Addictions*. Vol. 12, núm. 2-3, pp. 301-321.

DAUFI, L. (1987) "El paraíso infernal de las drogas", En *La enfermedad hoy*, pp. 93-114. Ed. Salvat. Biblioteca Científica, Barcelona.

DELEGACION DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL DE DROGAS EN MADRID (1988) "Incorporación social de colectivos marginados". En *Comunidad y Drogas*. Monografía 4.

DELPIROU, A.; LABROUSSE, A. (1988) *El sendero de la cocaína*. Laia. Barcelona.

DEMO, P. (1988) *Ciencias sociales y calidad*. Ed. Narcea, Madrid

DEVITA, V.; HELMAN, S.; MURCIA, M. (1990) *SIDA: etimología, diagnóstico, tratamiento y prevención*. Salvat. Barcelona.

DIAMOND, S.; BELASCO, B. (1982) *De la cultura primitiva a la cultura moderna*. Anagrama, Barcelona.

DIAZ, C. *¿Es grande ser joven?: diálogo pedagógico con una juventud sin maestros*. Ed. Encuentro. Madrid.

DIAZ ALVAREZ, J.R. Y OTROS (1984). Atlas geográfico provincial comentado de Almería. Ed. Andalucía. Granada.

DIAZ DE AUIJANO, S. et al. (1985) *Los servicios de atención a toxicómanos*. Cruz Roja-DGAS, Madrid.

DIAZ, J. J. et al. - Equipo Multidisciplinar de Haize-Gain, AGIPAD. Oyarzum - (1984) "El equipo multidisciplinar en comunidades terapéuticas". En *Drogodependencias: un reto multidisciplinar*. Gobierno Vasco, Vitoria.

DIAZ, C. (1991) *Pluralismo ético y convivencia social: un punto de vista más crítico*. En *Documentación Social*. Nº 83. Ed. Cáritas Española. Madrid. (págs. 27-41).

DIAZ-TORTAJA, A. (1989) "«Proyecto Hombre»: Una solución contra la droga. Once centros en España". En *Vida Nueva*. Rev. núm. 1675 (4.03.89), pp. 6-7.

DIEZ R, J. L. (1980) Delitos relativos a drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas: estudio de las modificaciones introducidas por la Ley Orgánica 1/1988, de 24 de Marzo. Tecnos. Madrid.

DIPUTACION DE MALAGA (1988) Boletín Informativo. Areas del C. P. D. Bibliografía para sanitarios, psicólogos y educadores. núm. 12/Abril.

DIRECCION GENERAL DE JUVENTUD Y PROMOCION SOCIO-CULTURAL (1980) Juventud y Droga en España. Madrid. (Anexos: Metodología. Sondeo de Opinión. Entrevistas a drogadictos en recuperación. Con expertos. Bibliografía).

DIRECCION GENERAL DE JUVENTUD Y PROMOCION SOCIO-CULTURAL (1980) Juventud y droga en España. Ed. Ministerio de cultura. Madrid.

DISPENSARIO DE TOXICOMANOS DE VALENCIA Memoria 1985. Mimeo, 31 pp.

DISPENSARIO DE TOXICOMANOS DE VALENCIA Actividades realizadas durante el año 1983, por el equipo «Casa Lanza», centro de rehabilitación prolongada dependiente del servicio de alcoholismo y toxicomanías del Hospital Psiquiátrico de Betera. Mimeo, 35 pp.

DOCUMENTOS TECNICOS (1987) Estudio de opinión sobre el consumo de drogas. Entrevistas 6.300:5.100 población, 1.200 usuarios de servicios. Investigación EDIS a nivel de Estado.

1.- Valoración del problema del consumo:

	Nada-poco	Regular	Bastante-mucho
Andalucía	2,3%	4,0%	93,0%
Nacional	3,5%	5,0%	91,7%

2.- Problemas más importantes: a) Según la población en general. 1º) Delincuencia e inseguridad ciudadana. 2º) Familiares. 3º) De salud. b) Según los toxicómanos, familiares y profesionales: 1º) De salud. 2º) Familiares. 3º) Económicos. c) Según profesionales: 1º) De salud. 2º) De marginación y rechazo. 3º) Familiares. Ed. Plan Nacional Drogas. Mº Sanidad. Madrid. pp. 45.

DOCUMENTOS TECNICOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD. Planificación. Simposio sobre drogas y sociedad. U.I.M.P. Santander 8-13 agosto 1988. Pág. 16.

DOMPABLO, DE, J. (1990) "La droga está en la calle". En P. M. núm. 170 pags. 23-24. Ed. Popular, Madrid.

DOYLE, K. M. et al. (1977) "Reestructuring rehabilitation for women: program for the female drug addict". En American Journal of Psychiatry. Vol 132, núm. 12, p.p 1395-1399. Washington.

DRESCHER, J. M. (1983) "Siete necesidades básicas del

niño". El Paso. Texas (EE. UU.) Ed. Mundo Hispánico, pp. 46, ss.

DROGANON NORTE (1986) Métodos de rehabilitación. Mimeo 7 pp.

DUSSEL, E. (1986) Etica Comunitaria. Ed. Paulinas, Madrid.

E.B. (1991) "Qué fuerte lo de Almería". En "El Sol" (24-03-91, Págs. 10-11). Los ciudadanos se han acostumbrado a convivir con la mafia, el tráfico de droga y las extorsiones. La ley del silencio. La foto y textos que aparecen en la misma, como anuncio de un programa en la Discoteca H2O, propiedad de D'Amico, habla por mil palabras.

ECCA Y FUNDACION AYUDA CONTRA LA DROGADICCION (F.A.D.) (1990) "Curso de prevención contra la droga". Manual y fichas de trabajo. Clases por radio o cassette: 20 de media hora de duración.

EDIS (1985) El consumo de drogas en España. Ed. Cruz Roja Española. Madrid.

EDIS (1988) Los niños de la calle. Cruz Roja, Madrid.

EDIS: Equipo de Investigación (1990) Los Andaluces ante las drogas. Consumo. Actitudes de la población. Conocimiento y valoración de las actuaciones ante la droga en Andalucía. Ed. Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía.

EDUCACION SOCIAL EN ESPAÑA (1989) Congreso sobre el tema. Grandes carencias. Propuestas de formación de Educadores Sociales a niveles de F.P., Diplomatura Universitaria y Licenciatura. Educación social y droga. Plan Nacional sobre Drogas: aspectos sociales. El "proyecto hombre". Plan de drogodependencias de Catalunya: aspectos sociales. Organizó ICE, Universidad Pontificia de Comillas y Fundación Santa María, días 20-22 Septiembre.

EL PAIS (1989) Anuario El Pais 1989. Madrid.

EL PAIS (1990) "Sectas y delito". Núm 14.07.90. Pág. 12. "La dificultad principal para desentrañar el entramado delictivo en que se asienta este tipo de sectas estriba en su apariencia legal y en sus pretendidos fines religiosos, culturales, terapéuticos y humanitarios".

EL PAIS (1991) Doble condena. el sistema penitenciario español parece construido más al castigo que a la rehabilitación. en temas de nuestra época, nº 199/12-09-91, pp.8.

ELIADE, M. (1978-1986) Historia de las creencias y las ideas religiosas (5 vols.). Edic. Cristiandad, Madrid.

ELZO, J. et al. (1987) Drogas y Escuela III: Evolución (1981-1987) del consumo de drogas en los Centros Docentes

de Bachillerato y Formación Profesional de Donostia. Caja de Ahorros Municipal. San Sebastián.

ELZO, J. (1989) Los jóvenes y su relación con las drogas. Ed. Gobierno Vasco. Vitoria.

ELZO, J. (1989) Jóvenes y su relación con las drogas. Gobierno Vasco. Servicio Central de Publicaciones. Vitoria. Gasteiz.

ENGELMAJER, L. et al. (1985) Nociones simples para todos sobre Inmunología y Sida. Pau: Institut de Documentation et de Recherche Europeen Sur la Toxicomanie (IDRET).

ENGELMAJER, L. (1985) Drogas. Asociación «Le Patriarche».

ENGELMAJER, L. (1986) La esperanza en acción. Asociación «Le Patriarche», Pamplona.

ESECA (Sociedad de Estudios Económicos de Andalucía) (1988) La conveniencia de potenciar los Estudios Universitarios en Almería. Ed. Cajalmería.

ESPINAZO G, J. (1980) Droga: problema de vigencia universal; perspectiva criminológica. Instituto de Criminología. Univ. Complutense. Sec. Criminología y Derecho - 24. Madrid.

ESTES, N.; HEINEMANN, M. (1989) Alcoholismo: desarrollos, consecuencias y tratamientos. Interamericana. Madrid.

EXPERT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH (1953) The Community Mental Hospital. Serie de Informes Técnicos, núm. 73. O.M.S., Ginebra.

FABREGAS POVEDA, J.; BARDON, C. (1988) Toxicomanía: sujeto, objeto y contexto. Publicaciones Médicas. Expaxs, Barcelona.

FARIA, J. F. (1989) "Cien días en mi barrio". En Vida Nueva. Rev. núm. 1684. Mayo, pp. 25-32. Ed. PPC, Madrid.

FARIS, Ch. (1985) "Determining program effectiveness: An evaluation model". En Actas VIII Congreso mundial de comunidades terapéuticas. C.I.S., Roma.

FENOY LOPEZ, E.J. (1990) ¿Almería = cubo de basura?. En "La Crónica". (19-03-91, Pág. 4). el Artículo ocupa casi toda la página. Con motivo de las dos últimas visitas del Rey y la Reina, antes y después de éstas se ha venido calificando a la ciudad de "muy sucia".

FERNANDEZ, F. (1985) "La religiosidad de la juventud española, ayer y hoy". Paso a la modernidad de España y la juventud. En Catolicismo en España. Ed. Inst. Soc. Aplicada de Madrid.

FERNANDEZ, F. (1989) "La religiosidad juvenil en la España transicional décadas 50-80. Tesis doctoral, Facultad de CC.PP. y Sociología. Univ. Complutense de Madrid (12-07-1989). No publicada. Analiza los cambios en págs. 146-153.

FERNANDEZ CEREZO, M. Y LOPEZ ZAYAS, R. (1986) "Casa Azahar". En I Jornadas estatales de comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos. Mimeo. Torrente, Valencia.

FERNANDEZ MARCH, T.; BERJANO PEIRAT, E.; ROCA SEBASTIA, F. (1983) "Experiencias en el tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias". En I Jornadas sobre prevención y tratamiento de las drogodependencias. Mimeo, pp. 16. Murcia.

FERNANDEZ MARCH, T. et al. (1984) "Programa del equipo Casa Lanza. Centro de rehabilitación prolongada para toxicómanos". En II Jornadas de drogodependencias. Mimeo, pp. 16. Barcelona.

FERNANDEZ MARCH, T. (1984) "Las nuevas terapias de grupo". En XII Jornadas de sociodrogalcohol. Mimeo, 89 pp., Granada.

FERNANDEZ MARCH, T.; HERNANDEZ MERINO, A. M.; BAYARRI LLOBAT, M. (1985) "Rehabilitación y Reinserción Social en una Comunidad Terapéutica -Casa Lanza-". En Los municipios ante las drogodependencias, pp. 457-470. FEMP, Madrid.

FERNANDEZ MARCH, T. (1985) "Reflexiones psicodinámicas acerca de una experiencia de siete años". En Seminario de Toxicomanías. Organizado por CEPS. Fundación Espasa. Barcelona. Mimeo, 9 pp.

FERNANDEZ MARCH, T. (1986) "El psicodrama psicoanalítico aplicado al tratamiento de toxicómanos en régimen de comunidad terapéutica". En Drogalcohol, vol. XI, núm. 1.

FERNANDEZ MARCH, T. (1986) "La comunidad terapéutica en el medio rural: reflexiones psicodinámicas acerca de una experiencia de siete años". En XIII Jornadas nacionales de sociodrogalcohol, pp. 243-263. Palma de Mallorca.

FERNANDEZ MARCH, T. et al. (1986) Comunicación presentada al PSOE. Reunión de Planificación de la Asistencia a Drogodependencias. Mimeo, 7 pp.

FERNANDEZ MARTINEZ, J. M. (1981) Salvar al drogadicto. El Autor, Madrid.

FERRELL, B. G.; COMPTON, D. W. (1987) "Use of ethnographic techniques for evaluation in a large school district: The vanguard case". En FETERMAN, D. M.; PITTMAN, M. A. (Eds.) Educational Evaluation. SAGE, Beverly Hills.

FETERMAN, D. M.; PITTMAN, M. A. (Eds.) (1987) Educational Evaluation. Ethnography in Theory, Practice, and Politics.

SAGE, Beverly Hills.

FETTERMAN, D. M. (1987) "The ethnographic evaluator". En FETTERMAN, D. M.; PITMAN, M. A. (Eds.) Educational Evaluation. SAGE, Beverly Hills.

FISHMAN SCOTT, M. Y SHEEHAN, D.V. (1986) Ansiedad y pánico: sus causas y tratamiento. Rev. Psychology Today (Español) Nº2, Págs. 30-37. Año I. Noviembre. Artículo científico con apertura a los descubrimientos de última hora tanto en cuanto a la etiología como a las diversas terapias. "Todos experimentamos a veces, la ansiedad, una angustiante intranquilidad espiritual mezclada con incertidumbre y duda. Pero cuando la sensación es persistente, con una intensidad desproporcionada al objeto o la situación que la ha provocado, los terapeutas denominan fobia a este estado". El toxicómano ante el síndrome de abstinencia: "el mono". Terapia de la fobia: aprendiendo cómo tratar el miedo al miedo

FLESCA, G.; RIVA, V. (1988) Cocaína: confesiones de un adicto. Temas de Hoy. Madrid.

FORT, J. (1984) Sociedad Adicta: Un panorama sobre la búsqueda del placer y del castigo. Laia, Barcelona.

FOUCAULT, M. (1980) El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI, México.

FRANCISCO, M. D. (1984) Guía de recursos sociales para toxicómanos en la Comunidad Valenciana. APROVAT, Valencia.

FRANKL, V.E. (1987) El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia alemana. (Edición alemana 1984). Ed. española, 1987. Herder. Barcelona.

FRECH, J. F. et al. (1985) Working With Evaluators. A guide for Drug Abuse Prevention Managers. NIDA, Rockville.

FREIXA, F.; SOLER, P.A. (1981) Toxicomanías (un enfoque multidisciplinario). Ed. Fontanella, Barcelona.

FRENCH, J. F.; KAUFFMAN, H. J. (Eds.) (1981) Handbook for Prevention Evaluation. NIDA, Rockville.

FREUDENBERGER, H. J.; CARBONET, J. (1984) "The reentry process of adolescents". En Journal of Psychoactive Drugs, vol. 126, núm. 1, pp. 95-99.

FROMM, E. (1947) Etica y Psicoanálisis. Título original, MAN FOR HIMSELF. Traducción utilizada 8ª. Reimpresión en español, 1973. Ed. Fondo de cultura Económica. México.

FROMM, E. (1976) "Alienación y Capitalismo". En La soledad del hombre, pp. 11-48. Monte Avila, Caracas. Venezuela.

FROMM, E. (1985) EL amor a la vida. Ed. Paidós, Bs. As. y Barcelona (primera edición española).

FUMERO, M. E. (1979) Curso administración programas de rehabilitación. Brigadas de amor cristiano: las terapias en la rehabilitación. Mimeo. Córdoba.

FUMERO, M. E. (1979) Organización programas de rehabilitación. Situación de la rehabilitación. Mimeo. Córdoba.

FUNDACION «SPIRAL» Comunidades Terapéuticas. Fundación «Spiral». Mimeo 23 pp., Palencia.

FUNDACION PARA LA ATENCION A LAS TOXICOMANIAS DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA. CREAMAT (1990) Memoria 1989. Madrid.

FUNDACION EVANGELICA PARA LA REHABILITACION DE MARGINADOS - FERMA (1983) Casa de Socorro de la Trinidad. Málaga. Mimeo. Málaga.

FUNDACION «SPIRAL» La evaluación y seguimiento del toxicómano. Seguimiento de toxicómanos tratados. Mimeo 61 pp., Palencia.

FUNDACION DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCION (1989) Publicitarios contra la Droga: engánchate a la vida. Asociación Española de Agencias de Publicidad. Madrid.

FUNDACION SEVILLANA PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE DROGODEPENDIENTES - FUSETORO (1984) Programa de actuación de la fundación sevillana para el estudio y tratamiento de drogodependientes (Fusetoro). Mimeo. Sevilla.

FUNDACION «MAGNIFICAT» Granja terapéutica de drogodependientes «El Liberador». Mimeo 12 pp., Sevilla.

FUNES, J. (1984) La nueva delincuencia infantil y juvenil. Paidós, Barcelona.

FUNES ARTIAGA, J.; ROMANI ALFONSO, O. (1985) Dejar la heroína. Cruz Roja Española. Madrid.

FUNES, J. Y GONZALEZ, C. (1987). Imágenes sociales, política criminal y proceso terapéutico en las drogodependencias. Este artículo es de contenidos científicos, basado en obras científicas. Se pronuncia a favor de la despenalización de la droga, pero con prudencia. Subtítulos: 1) Control social e imagen de las drogas; 2) Los estereotipos; 3) Aproximaciones a la definición de droga; 4) Drogas y control penal; 5) Proceso penal, proceso de recuperación. (Págs. 185-209). Se citan bibliográficamente 28 obras relevantes. En Documentos técnicos Nº 3. Para simposio científico sobre Drogas y Sociedad U.I.M.P. Santander. (8-13 Agosto 1988).

FUNES, J. Y MAYOL, I. (1989) Incorporarse a la sociedad. Ed. Dirección General de Acción Social-Cruz Roja Española. Madrid.

GAFO, J. (1989) SIDA: Un reto a la sanidad, sociedad y la ética. Universidad Pontificia de Comillas. Serie V. Documentos de Trabajo. Dilemas éticos de la medicina actual - 3. Madrid.

GALENO (1990) "Las drogas: ¿problema médico o de salud pública?". En P. M. Rev. núm. 170, pp. 106-107. Ed. Popular, Madrid.

GALLEGOS, J.; CARRION, R. (1987) "Terapia en la familia y terapia de la familia en pacientes toxicómanos". Psiquis. Vol. VIII, 38, pp. 59-66, Madrid.

GALLO, V.; ABENSERA, M. (1988) Drogadicción y Embarazo. Salvat. Barcelona.

GAMELLA, J. F. (1989) La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia. Ed. Popular, Madrid.

GAMELLA, J. F. (1989) La Peña de la Vaguada. Análisis etnográfico de un proceso de marginación juvenil (Tesis Doctoral. Univ. Autónoma de Madrid. No publicada).

GAMELLA, J. F. (1990) "Reflexiones antropológicas sobre una historia de heroína y delincuencia". En P. M. núm. 170 pags. 36-52. Ed. Popular, Madrid.

GARCIA, A.; GRAÑA, J. L. (1986) Marco y programa del S.S.A.R.D. Cuadernos de acción social, núm. 0.

GARCIA, B.; MENOR, J.; PERALES, A. (1987) "La imagen de la droga en la Prensa Española". En Comunidad y Drogas. Rev. núm. 2 (Monografía). Ed. M<sup>e</sup> de Sanidad y Consumo. Madrid.

GARCIA MAS, M. P. (1986) "Análisis de las comunidades terapéuticas en España". En XIII Jornadas Nacionales de sociodrogalcohol, pp. 215-229. Palma de Mallorca.

GARCIA NEBRED, B. et al. (1987) La imagen de la droga en la empresa española. Plan Nacional sobre drogas. Comunidad y Drogas. Monografías-2, Madrid.

GARCIA, R. J.; LOPEZ, S. C. (1988) Drogodependencias en la escuela: teoría y método. (Psicología). Ayuntamiento de Santa Pola (Alicante),

GARCIA SANCHEZ, M. A. (1990) "Intervención en el campo de las toxicomanías". En Métodos de Intervención social. Rev. Documentación Social núm. 81 /1990, pp. 165-174. Madrid.

GARIBO REDOLAT, R. Estudio comparativo de dos poblaciones



de toxicómanos atendidos en la comunidad psicoterapéutica «Casa Lanza», durante dos períodos: de 1981 a 1982 y en 1985. APROVAT, Valencia.

GARRIS, R.; LINN, M. W.; PRATT, T. C. (1980) "A comparison of dropouts and disciplinary discharges from a therapeutic community". En *International Journal of Addictions*. Vol. 15, núm. 5, pp. 749-756.

GARZA, F. (1988) *La juventud y las drogas: guía para jóvenes, padres y maestros*. Ed. Trillas. México.

GERDMAN, P. (1981) *The evaluation on Narconon. A Study of and With a Linkwork Among Drugabusers in Stockholm*. Mimeo. Estocolmo.

GIANGIACOMI, E. et al. (1985) "Schema di protocollo nei rapporti tra ente pubblico e comunità terapeutica". En *Actas VIII Congreso mundial de comunidades terapéuticas*. C.I.S., Roma.

GOBIERNO VASCO (1987) *Libro blanco de las drogodependencias en Euskadi*. Vitoria, Gasteiz.

GOFFMAN, E. (1984) *Internados*. Amorrortu, Buenos Aires.

GOLD, S. (1983) "Projective identification: the container and reevertie as concepts in applied psychoanalysis". En *British Journal of Medical Psychology*. Vol. 56, (Pt 3), pp. 279-285. Londres.

GONZALEZ, C.; FUNES, J. et al. (1989) *Repensar las drogas: hipótesis de la influencia de una política liberadora respecto a las drogas sobre los costes sociales*. Grupo IGIA. Barcelona.

GONZALEZ, J.A. (1985-86) "La droga en Almería". Estudio epidemiológico, sobre el Municipio de Almería. No publicado. Datos tomados personalmente por mí y facilitados por el autor.

GONZALEZ DE CHAVEZ, I. (1980) "La transformación de la asistencia psiquiátrica". Mayoría, Madrid.

GORDON, J. y otros (1989) "La peligrosa moda de las drogas a la carta". En *Tiempo*. Rev. núm. 379 (7.08.89), pp. 6-12. Trata de nuevas drogas de diseño y su peligrosidad, según científicos.

GOYTISOLO, J. (1962) *La Chanca*. Ed. Librería Española, París, y Ed. Seix Barral, Barcelona (1981).

GRANADO, O. (1986) "Las comunidades terapéuticas de drogodependientes en España". En *Psicólogos*, núm. 24.

GRANJA «EL SOLANO» (1985) "La asociación «El Patriarca»".

En I Jornadas municipales sobre toxicomanías. Valladolid 21-26 de Marzo de 1.983, pp. 253-259. Ayuntamiento de Valladolid, Valladolid.

GRAUT, T. (1984) "Evolución de los criterios asistenciales en una granja de rehabilitación para toxicómanos". En Drogodependencias: un reto multidisciplinar. Tomo 2, pp. 145-150. Gobierno Vasco, Vitoria.

GRIVOIS, H. (1989) Manual de Urgencias Psiquiátricas. Ed. Masson. Barcelona.

GRUP IGIA (1989) Repensar las drogas. Ed. Grup Igia. Barcelona.

GRUPO IGIA (1989) Medio Escolar y la Prevención de las drogodependencias: Informe para el profesorado. M.E.C. Secretaría de Estado para la Educación. Madrid.

GRUPO IGIA (1989) Medio Escolar y la Prevención de las drogodependencias: Manual de Actividades (ciclo 6-12 años). M.E.C. Secretaría de Estado para la Educación. Madrid.

GRUPO IGIA (1989) Medio Escolar y la Prevención de las drogodependencias: Manual de Actividades (ciclo 12-16 años). M.E.C. Secretaría de Estado para la Educación. Madrid.

GRUPO PASS (1987) Gitanos y droga. Secretariado General Gitano, Madrid.

GUARDIOLA, E.; CAMI, J. (1987) Impacto de la Investigación Toxicológica en España durante los últimos años. Plan Nacional de Investigación Científica y Técnica. Madrid.

GUTIERREZ CANO, F. et al. (1985) "Guía de Comunidades Terapéuticas y Servicios Ambulatorios para Toxicómanos". En Cuadernos de Acción Social. Núm. 19 (Suplemento). Dirección General de Acción Social, Madrid.

HAAG, VAN DEN, E. (1976) "No tenemos medida de la felicidad ni de la desesperación". En La soledad del hombre. Monte Avila, Caracas. Venezuela.

HALL, C.S. Y LINDZEY, G. (1974) Las teorías psicosociales de la personalidad: Adler, Fromm, Harvey y Sullivan.

HART, L. (1976) "Attitudes regarding drug abuse among a group of ex-addicts staff members". En International Journal of Addictions. Vol. 11, núm. 1, pp. 35-39.

HATCH, J. D. (1985) "A comparison between a residential therapeutic community and a non-residential day program". En Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. C.I.S., Roma.

HENRY, T. y otros (1975) "The families of Drug abusers: A literature review". En *Family Process*, Núm. 3, pp. 411-431.

HERNANDEZ DE LA S, M. I. (1987) Programa experimental para la prevención de drogodependencias: Memoria extracto (Julio-Diciembre 1987). Dirección General de la Juventud. Madrid.

HERNADEZ MERINO, A. M. (1984) Pinturas de Alcohólicos en un taller de terapia ocupacional. Pinturas de toxicómanos en un centro de largo internamiento. Mimeo. Valencia.

HERNANDEZ MERINO, A. M.; ROIG TRAVER, A. (1985) "El toxicómano y su imagen corporal". En I Congreso de la Sociedad Española de la Psicopatología de la Expresión. Mimeo, pp. 11.

HERNANDEZ MERINO, A. M. (1986) "Rehabilitación y terapia ocupacional en la comunidad terapéutica". En XIII Jornadas Nacionales de socidrogalcohol. pp. 231-242. Palma de Mallorca.

HERNANDEZ MERINO, A. M. (1986) "Puntualizaciones sobre la comunidad terapéutica para toxicómanos, desde la experiencia de «Casa Lanza»". En XIV Jornadas de socidrogalcohol. Mimeo pp. 13. Cáceres.

HERRERA, J. J.; ESPINOSA, N.; CORTOPASSI, L. O. (1969) "La comunidad terapéutica en Psiquiatría". En *Actas luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol. 28, núm. 2, pp. 100-116. Madrid.

HIGUERA, A.; RUIZ, I. (1987) Características del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la población escolar de Cantabria. Diputación Regional. Santander.

HOAG, J.; GISSEN, M. (1984) "Marathon: a life-and-death experience". En *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 16, núm. 1, pp. 45-50.

HOCHMAN, J. (1984) "Iatrogenic simtoms associated with a therapy cult: examination of an extinct new psychotherapy with respect to Psychiatric deterioration and brainwashing". En *Psichiatry*. vol. 47, núm. 4, pp. 366-377. Washington.

HODGKINSON, L. (1987) Las adicciones: Qué son, por qué surgen, cómo combatirlas. Ed. Edaf. Madrid.

HODGKINSON, L. (1987) Adicciones: qué son, por qué surgen, cómo combatirlas. EDAF. Madrid.

HODGSON, R; MILLER, P. (1984) La mente drogada. Traducida del Inglés. Debate. Madrid.

HOLLAND, S. (1978) "Gateway Houses: effectiveness of treatment on criminal behaviour". En *International Journal of Addictions*. Vol. 13, núm. 3, pp. 369-381.

HORNEY, K. (1937) La personalidad neurótica de nuestro tiempo. En inglés 1937. En Español 1985. Ed. Planeta. Barcelona.

HUBBARD, L. R. (1982) *Cienciología. Los fundamentos del pensamiento*. New Era Publications. Copenhagen.

HUBBARD, L. R. (1984) *Dianética: la ciencia moderna de la salud mental*. New Era Publications. Copenhagen.

HUBBARD, L. R. (1986) *El camino a la felicidad*. New Era Publications. Copenhagen.

HUBBARD, L. R. (1986) *Purificación: Una respuesta ilustrada a las drogas*. New Era Publications. Copenhagen.

HUBBARD, L. R. (1987) *Dianética*. New Era Publications. Copenhagen.

IBÁÑEZ, J. (1985) *Discursos sobre la droga*. Mimeo. Madrid.

IGLESIA EVANGELICA DE ESPAÑA (1979) *Organización de programas de rehabilitación. Brigadas de amor cristiano: organización del personal administrativo*. Mimeo 3 pp. Córdoba.

IGLESIA EVANGELICA (1985-1986) *El Estandarte, varios números*. Málaga.

INSTITUTO DE SOCIOLOGIA APLICADA DE MADRID (1984) *Juventud y droga en Burgos, hoy*. Diputación Provincial de Burgos.

INSTITUTO DE SOCIOLOGIA APLICADA DE MADRID (1987) *El 'desenganche' de la droga*. UNAT (Unión Española de Asistencia al Toxicómano). Madrid.

INSTITUTO EUROPEO DE DOCUMENTACION Y DE INVESTIGACION SOBRE LA TOXICOMANIA - IDRET (1986) *Estudio epidemiológico sobre toxicómanos españoles. Incidencia del Sida*. Mimeo. Pamplona.

IRRIGUIBLE CELORRIO, L. et al. (1986) *Dos años de experiencia en una comunidad terapéutica para la rehabilitación de toxicómanos en Ibiza (1-1-84/30-12-85)*. Centro de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias, Ibiza.

IRRIGUIBLE CELORRIO, L. et al. (1986) *"Experiencia de una comunidad terapéutica-granja para la rehabilitación de toxicómanos de Ibiza"*. En XIII Jornadas nacionales de sociodrogalcohol. Palma de Mallorca.

IZQUIERDO MORENO, C. (1990) *"El infierno carcelario"*. En *Vida Nueva*. Rev. núm. 1758. Octubre, pp. 25-32. Ed. PPC.

IZQUIERDO, C. (1991) La droga en la escuela. En Vida Nueva. Rev. N° 1996 (Págs 23-30). Ed. P.P.C., Madrid. "En los colegios, la policía trata de encontrar al traficante adulto, y, por eso, fracasa, porque la promoción del consumo está dentro".

JAFFE, J. H. (1984) "Evaluating drug abuse treatment: a comment on the state of the art". En Research Monograph Serie, núm. 51, pp. 13-28. National Institute on Drug Abuse. Rockville, Maryland.

JAMES, O. W. (1986) "The management of a sexually charged clinical problem: social, structural and psychoanalytic functionalist approaches in a therapeutic community". En British Journal of Medical Psychology. Vol. 59 (pt 1), pp. 27-34. Londres.

JIMENEZ ORELLANA, J. (1985) Implementación de sistemas motivacionales y de aprendizaje estructurado dentro de una comunidad para marginados. Universidad Complutense, Madrid.

JIMENEZ V, J. (1982) "Aproximación sociológica al consumo y tráfico de drogas ilegales". En Bol. de Información del M° de Justicia, Julio. Madrid.

JIMENEZ V, J. (1987) "Algunos problemas jurídico-penales planteados por las toxicomanías". En Droga y Familia. Ed. P. S. Madrid. pags. 23-68.

JOHANSSON, L. G. (1987) Hassela solidarity. Hassela, Estockholm.

JONES, M. (1966) Psiquiatría social. Escuela, Buenos Aires.

JONES, M. (1970) La psiquiatría social en la práctica. La idea de la Comunidad Terapéutica. Americalee, Buenos Aires.

JONES, M. (1970) Más allá de la Comunidad Terapéutica. Genitor. Buenos Aires.

JONES, M. (1979) "Therapeutic communities, old and new". En American Journal of Drug and Alcohol Abuse. Vol. 6, núm. 2, pp. 137-149.

JONES, M. (1985) "The two therapeutic communities - a review". En Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. C.I.S., Roma.

JORNADAS INTERNACIONALES: RESPUESTA DE LA SOCIEDAD FRENTE A LAS DROGAS (1989) Respuesta de la Sociedad frente a las Drogas: Libro de Resúmenes: 8, 9 y 10 de Octubre de 1989. APAT. Barcelona.

KALINA, E. (1987) "La familia del drogadicto: 15 años de experiencia". Drogalcohol, Vol. X, 4, pp. 161-170.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. (1987) "Droga: máscara del miedo". En *Ciencia, Psicoanálisis y Psicoterapia de Grupo*, núm. 154, 187. Fundamentos. Madrid.

KAUFMAN, E. (1979) "The Therapeutic community and methadone: a way of achieving abstinence". En *International Journal of Addictions*, vol. 14, núm. 1, pp. 83-97.

KAUFFMAN, L. (1990) "La prevención de la droga en el marco familiar". En *P. M. Rev.* núm. 170, pp. 68-77. Ed. Popular, Madrid.

KESEY, K. (1987) *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Anagrama, Barcelona.

KLAUSNER, S. Z. (1976) "El movimiento religioso-psiquiátrico". En SILL, D. L. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Aguilar, Madrid.

KLIETMANN, W. (1988) *SIDA: Sinopsis sobre el diagnóstico, epidemiología clínica, tratamiento y patología*. CEA. Madrid.

KOOYMAN, M. (1975) "From chaos to a structured therapeutic community: treatment programme on Emilihoeve, a farm for young addicts". En *Bulletin of narcotics*, vol. 27, núm. 1, pp. 19-26.

LA FONTAINE, J. S. (1987) *Iniciación: Drama ritual y conocimiento secreto*. Lerna, Barcelona.

LA VOZ DE ALMERIA (1988). Periódico diario. Análisis de contenido, durante todo el año, de lo publicado sobre drogas ilegales.

LAPASSADE, G. (1979) *El analizador y el analista*. GEDISA, Madrid.

LASOFF, G. (1985) "Integration of the family into the T. C. concept". En *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. C.I.S., Roma.

LAURIE, P. (1984) *Las drogas*. Alianza, Madrid.

LAZARO, R. Y VILLANUEVA, E. (1988) *Homenaje al padre Tapia*. (Almería en la historia). Ed. Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Almería.

LEAL RUIZ, M. I. et al. (1986) "Els Reietts". En *XIII Jornades Nacionales de Socidrogalcohol*, pp. 369-402. Palma de Mallorca.

LEAL RUIZ, M. I. (1984) "El toxicómano entre la marginación social y la automarginación". En *II Congreso de Sociología*. Mimeo. Santander.

- LEON, G. DE et al. (1979) "Therapeutic community dropouts: criminal behaviour five years after treatment". En *American journal of drug and alcohol abuse*, vol. 6, núm. 3, pp. 253-271.
- LEON, G. DE; WEXLER, R. K.; JAINCHILL, N. (1982) "The therapeutic community: succes and improvement rates 5 years after treatment". En *International Journal of Addictions*, vol. 14, núm. 4, pp. 703-747.
- LEON, G. DE (1984) "Program-based evaluation research in therapeutic communities". en *Research Monograph Serie*, núm. 51, pp. 69-87. Institute on Drug Abuse, Rockville. Maryland.
- LEORYER, M. (1987) *Yo, madre de un drogadicto*. Ciudad Nueva. Madrid.
- LERA, A. M. DE (1972) *Mi viaje alrededor de la locura*. Planeta, Barcelona.
- LEVISTON, D. (1983) "Current status of the field: contrasting perspective. D. An anthropological perspective on the behaviour mofification of alcoholism". En *Galanterm*, M. (Edit). *Alcoholism*, vol. 1, pp. 255-261. Plenum Press, Nueva York.
- LIEM, J. H.; LIEM, R. (1976) "Life events social soppores and Physical and Psycological Wellbeing". *American Psycological Asociation*.
- LOIS, J. (1991) *La opción preferencial por los pobres*. En *Documentación Social*, N° 83. Ed. Cáritas Española. Madrid. (Págs 113.128).
- LORENZ, K. (1975) *Los ocho pecados mortales de la humanidad civilizada*. Cap VIII: formación no doctrinada. Cap X: Recapitualción. ed. Plaza & Janés. Barcelona. el autor, premio Nóbel de Medicina 1973. Título original: *Die ácht todsunden der zivileserten menschheit*. Ed. Piper & co. Verbag, München, 1973.
- LOURAU, R. *El análisis institucional*. Amorrortu. Buenos Aires.
- LUXAN, C. DE; AGUILAR, I. (1986) *Comunidad terapéutica de Villaviciosa de Odón*. Mimeo, 7 pp. Comunidad de Madrid, Madrid.
- M.O.P.U. (1984, 1985, 1986). *Memoria del puerto de Almería*. Ediciones Almería, S.A. Almería.
- MACIA, D. (1986) *Método Conductual de Prevención de la Drogodependencia*. Promolibro. Valencia.
- MADDUX, J. F.; DESMOND, D. F. (1980) "Contribución a la

hipótesis de la maduración liberadora en la dependencia de los opiáceos". En Boletín de estupefacientes, vol. XXXII, núm. 1. Naciones Unidas, Viena.

MAERTENS, J.; KEYMEULEN (1985) "Compulsory residence in a therapeutic community". En Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. C.I.S., Roma.

MAGAN, J. (1985) "The spiritual dimension". En Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. C.I.S., Roma.

MALINOWSKI, B. (1977) Jardines de Coral. Labor, Barcelona.

MANDEL, L.; SCHULMAN, J.; MONTEIRO, R. (1979) "A feminist approach for the treatment of drug-abusing women in a coed therapeutic community". En International Journal of addictions, vol. 14, núm. 15, pp. 589-597.

MANN, R. D.; WINGARD, J. (1987) "A cross-cultural study of drug rehabilitation methodologies in Sweden and the United States". En EISEMAN, S. (Ed.). Drug abuse. Foundation for a psychosocial approach. Baywood, Farmingdale.

MARDONES, J.M. (1991) Neoconservadurismo y moral: el abuso de la ética por el sistema. En Documentación Social. Nº 83. Ed. Cáritas Española. Madrid. (págs. 75-86).

MARIN FERNANDEZ, B. (1974) Almería y el mar. Ed. Excmo. Ayuntamiento de Almería.

MARQUEZ UBEDA, J. (1985) La pesca artesanal. Ed. Instituto de estudios almerienses. Boletín nº 5.

MARQUINEZ, T. (1988) Memoria del curso 1987-1988. centro de promoción y escuela-puente Virgen de la chanca. Almería. p.p. 151.

MARTI TUSQUETS, J. L.; MURCIA, M. (1988) Conceptos Fundamentales de Drogodependencias. Herder. Barcelona.

MARTINEZ OSES, P. (1990) "Por qué caen en la droga nuestros hijos". Proyecto hogar. En P. M. núm. 170 págs. 18-22. Ed. Popular, Madrid.

MARTINEZ, E.G. (1991) Reflexiones sobre moral cívica democrática. En Documentación social Nº 83. ed. caritas española. Madrid. (Págs. 11-25).

MARTINEZ, S. (1985) "Las Comunidades para Toxicómanos en Italia". En Revista de Estudios de Juventud, núm. 17, pp. 183-187. Instituto de la Juventud, Madrid.

MARTINEZ, F. (1987) "La Brigada Regional de Policía Judicial; estupefacientes". En Droga y Familia, pp. 93-98. Ed. PS. Madrid.



- MATE, R. (1991) Por una ética compasiva. En documentación social, Nº 83. ed. caritas española. Madrid. (Págs. 87-95).
- MATTIOLI, G. (1989) Psicoterapia del Toxicómano: un enfoque psicoanalítico. Clínica Psicoanalítica. Logos. Barcelona.
- MAYOR MARTINEZ, L. Y TORTOSA GIL, F. (1990) Ambitos de aplicación de la psicología motivacional. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Mc CLELLAND, D. (1989) Estudio de la motivación humana. Narcea. Madrid.
- McLELLAN, A. T. et al. "Extinguishing conditioned responses during opiate dependence treatment turning laboratory fundings into clinical procedures". En Journal of substance abuse treatment, vol. 3, núm. 1, pp. 33-40.
- McMELLAN, A. T. et al. "The psychiatrically severe drug abuse patient: methadone maintenance or therapeutic community". En American Journal of drug and alcohol abuse, vol. 10, núm. 1, pp. 77-95.
- MENDEZ FRANCISCO, LUIS (1975) Familia y Moral. I.S.A.M.A., Estudio sociológico de la familia española, Ed. C.E.C.A., Madrid
- MENDEZ FRANCISCO, LUIS (1983) La juventud. Cuadernos de Realidades Sociales "R.S." nº 22, Madrid
- MENDEZ FRANCISCO, LUIS (1989) Razón de ser. objetivos, campos de acción y formación del trabajo social. "La educación social en España" C.I.D.E. Centro de publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid.
- MENDOZA, R.; VEGA, A. (1980) El papel del educador ante el problema de las drogas. Ed. Pablo del Río. Madrid.
- MENDOZA, R. Y VEGA, A. (1980) El papel del educador ante el problema de las drogas. Ed. Pablo del río. Madrid.
- MENDOZA, R. et al. (1986) Educación sobre las drogas en el ciclo superior de la E.G.B.: propuesta de programa. M.E.C. Estudios de Educación, 21. Madrid.
- MERMOD-GASSIER, V. Y MERMOD, M. (1977) Les troglodytes du XXe siècle. (La Chanca). En Le monde au creux de la vague. Etions d'Ailleurs, Gêneve (Suisse). Págs 333-350.
- MERTON, R. (1980) Ambivalencia sociológica. Espasa-Calpe, Madrid.
- MESONES ARROYO, H. (1968) "La comunidad terapéutica". En Actas luso-españolas de neurología y psiquiatría, vol. 27, núm. 3, pp. 433-463. Madrid.

MICHELI, M. DE et al. (1985) "L'applicazione di misure sostitutive della carcerazione preventiva a favore di tossicodipendenti: alcune esperienze e considerazione". En Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. C.I.S., Roma.

MIDER, P. A. (1984) "Client types in drug-free and methadone treatment: comparaisn of personality traits". En American Journal of drug and alcohol abuse, vol. 10, núm. 1, pp. 97-111.

MIDER, P. A. (1985) "Patient-treatment interaction: person versus thing centerednes of addicts in methadone and drug-free approaches". En International Journal of addictions, vol. 20, núm. 8, pp. 1191-1211.

MILLAS, J. (1982) "Lucien Engelmajer ha creado 25 centros para regeneración de drogadictos en Europa". En El País, 20 de Febrero de 1.982.

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL (1989) Alcohol y Drogas: programas de asistencia a los trabajadores. Base: Informes O.I.T. núm. 13.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1988) Actuar es fácil. El profesional de Atención Primaria, ante las drogodependencias. Madrid.

MINISTERIO DE CULTURA. INSTITUTO DE LA JUVENTUD (1987) Las drogas: Guía para mediadores juveniles. Ed. Instituto de la juventud. Ministerio de Cultura, Madrid.

MOLINA, B. y otros (1988) Cuaderno de Orientación para Asistentes Sociales. Ed. Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía.

MONDAZAR CANAL, G. et al. (1986) "Azahar". En XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, pp. 403-418. Palma de Mallorca.

MONEGAL FERRIOL, J. M. et al. (1984) "Asistencia a heroinómanos". En IX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Ferrer Internacional, Barcelona.

MOSQUERA, R.; RODRIGUEZ, F.; MOLOWNY, I. (1989) "Tesauruso sobre drogodependencias". Plan Nacional sobre Drogas. Comunidad y Drogas. Monografía 11. Madrid.

MOVILLA, S. (1982) Los jóvenes se drogan ... ¿Qué hacer?. Narcea. Madrid.

NADEAU, L. (1987) "¿Cuándo la Comunidad Terapéutica para Toxicómanos se convierte en maltratante?" Revista Española de drogodependencias, vol. 12, núm. 2.

NARCONON (1984) Centros con aplicación de tecnología de L.

Ron Hubbard. Mimeo. Madrid.

NARCONON (1984) Programa Internacional Narconon. Mimeo. Madrid.

NAVARRO, J. et al. (1985) El consumo de drogas en España: Epidemiología, motivaciones y factores de riesgo. Cuadernos técnicos de toxicomanías-4. Cruz Roja Española. Madrid.

NAVARRO, J. (1988) "La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral". En Comunidad y Drogas. Rev. núm. 57, pp. 9-30. Ed. M<sup>2</sup> de Sanidad, Madrid.

NEWCUMB, T.M. (1950) Social Psychology. Motivos y actitudes. Vol. I. Págs 98-313. Ed. Theoryden Press, New York. Utilizo la 5<sup>a</sup> edición en español, abril 1973. Ed. EUDEBA S.E.M. Buenos aires. Argentina (2 Vols.).

NICOLAU MONCLUS, B. (1986) Estudio-dictamen: fines sociales, asistenciales y de interés público de la asociación «El Patriarca» y su relación con el ordenamiento jurídico y la Administración del Estado. Le Patriarche, Pamplona.

NIETO, A.; MEJIAS, E. (1987) Cuaderno de Orientación para Sanitarios. Ed. Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía.

NIEVA, P.; MARIN, R. (1986) Perspectiva socioeducativa del tratamiento de la toxicomanía. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.

NUÑEZ GARCIA, I. (1986) Marginación y sociedad. «Proyecto Hombre» de rehabilitación de toxicómanos. 63 pp. Ponferrada.

O'BRIEN, W. (1985) "The therapeutic community-static or moving". En Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. C.I.S., Roma.

O'NEIL, EL. (1986) Largo viaje hacia la noche. Ed. Cátedra. Madrid.

OBRADOR, A.; FONTANILLES, M. (1986) "Las familias de acogida en el proceso de tratamiento de heroínómanos". En XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, pp. 323-330. Palma de Mallorca.

OLIVENSTEIN, C. (1986) La vida del toxicómano, Fundamentos, Madrid.

OLIVENSTEIN, S. (1985) La toxicomanía, Fundamentos, Madrid

OLIVA, M. P. (1986) "Los medios de comunicación social ante las drogodependencias". En Comunidad y Drogas. Rev. núm. 1, pp. 65-73. Ed. M<sup>2</sup> de Sanidad y Consumo, Madrid.

OLIVER NAVARRO, R. et al. (1986) "Las jornadas de convivencia como factor terapéutico". En XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, pp. 359-364. Palma de Mallorca.

ONATE, M<sup>a</sup> PILAR DE. (1989) Autoconcepto; el: formación, medida e implicaciones en la personalidad, Narcea. Educación Hoy. Madrid.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1986) Los objetivos de la salud para todos. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

ORTEGA, V. (1985) "El cambio de valores en España". En Catolicismo en España. O.C. Págs 123-168.

ORTI, A. (1986) "La apertura y el enfoque cualitativo o estructural". En GARCIA FERRANDO, M.; IBAÑEZ, J.; ALVIRA, F. (Eds.). El análisis de la realidad social. Alianza, Madrid.

ORTIZ ALONSO, T. (1982) Una alternativa para los jóvenes delincuentes y drogadictos.

OSCARSSON, L. (1985) "Evaluación de los métodos de tratamiento". En Los municipios ante las drogodependencias. FEMP, Madrid.

OTTENBERG, D. (Ed.) (1985) The therapeutic community today. Centro Italiano di Solidarietà, Roma.

OUGHOURLIAN, J.M. (1977) La persona del toxicómano, Herder, Barcelona.

PAGE, R. C. (1983) "Social change in a therapeutic community". En International Journal of Addictions, vol. 18, núm. 6, pp. 769-776.

PAIS VASCO. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO (1989) Informe SIDA: proyecto para la prevención del SIDA en los heroinómanos del País Vasco. Vitoria.

PAIS VASCO. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO (1989) SIDA: Manual de Información para los Profesionales Sanitarios de Atención Primaria. Departamento de Sanidad y Consumo. Vitoria.

PAIS VASCO. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO (1989) SIDA: guía del Educador FP, BUP, COU, REM. Vitoria.

PAOLINI, E.; ARCARATE, J.C.; POVEDA, J.M. (1988) "Consideraciones de referencia para la investigación en toxicofiliás", Clínica y análisis grupal, vol. 10 (2) nº 4, pp. 251-260.

PAPA, V. et al. (1986) "Structure intermedie in psichiatria. L'esperienza di un anno (1984) nella comunità terapeutica Solaro". En Minerva Médica, vol. 77, núm. 32-

33, pp. 1495-1499. Torino.

PAPPALARDO, L. (1985) "Comunidades terapéuticas: Proyecto Hombre". En AA. VV. Las toxicomanías. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social-Cruz Roja, Madrid.

PARRA, P.; BARRIENTOS, P. (1988) "Trescientos medicamentos para triunfar y ser feliz". Traducido del francés "300 médicaments pour se surpasser". En Tiempo, núm. 331 (12.-09.88), pp. 8-14.

PARSONS, T. (1976) El Sistema social. Revista de Occidente. Madrid.

PASTOR SELLER, E. Estudio de la Institución Centro de Rehabilitación «Els Reiets». Mimeo, 31 pp.

PATCEVAUX, DE, P. (1989) Un cura entre drogadictos. Promoción Popular Cristiana. Madrid.

PEREZ HENARES, A. (1988) "España, la frontera vulnerable de la droga". En El Globo (Rev. 1.08.88), pp. 30-32.

PEREZ, J.; VEIRA, J. L. (1988) La Cultura de la droga en Galicia. Univ. de Santiago. Xunta de Galicia.

PEREZ DE AROSPIDE, J. A. (1987) "Política preventiva del DAK". En Droga y Familia, pp. 144-158. Ed. PS. Madrid.

PERURENA, J. (1986) "Reflexiones en torno al encuadre y proceso de la terapia de grupo en una comunidad terapéutica". En I Jornadas sobre Comunidades Terapéuticas. Valencia.

PEYROT, M. (1985) "Narcotics anonymous: ist history, structure, and approach". En International Journal of addictions, vol. 20, núm. 10, pp. 1509-1522.

PICCHI, M. (1984) "El Proyecto Hombre". En Drogodependencias: Un reto multidisciplinar, Tomo 2, pp. 59-103. Gobierno Vasco, Vitoria.

PINILLOS, J.L. (1977) Psicopatología de la vida moderna. Ed. Espasa calpe. Madrid.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1986) Guía para padres preocupados por las Drogas. Nuevas ediciones: 1987 y 1989.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1987) Informe-1986.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1988) Informe de situación. Ed. Junta de Andalucía, Sevilla.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1988) Los Andaluces ante las Drogas.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1989) Informe situación 1988.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1989) Cambio de marcha.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1989) A tu salud. Cuaderno de prevención del Alcoholismo.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1989) El Profesional de Atención Primaria de Salud ante las Drogodependencias: actuar es posible.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1990) Informe de situación 1986-1989. Comprende una síntesis sobre: 1) Situación del consumo de drogas. 2) Impresiones de la población andaluza. 3) Actuaciones: prevención, asistencia, movimiento asociativo, investigación, presupuestos, campañas de información y publicidad (con ilustraciones en color sobre algunos textos más relevantes, spots de TVA y carteles).

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS (1986-1990) Alcaid. Boletín informativo sobre drogodependencias. Se han publicado, hasta ahora, 9 números.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1989) Sistema Estatal de Información sobre toxicomanías: protocolo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1989) Memoria 1988. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría de Documentación y Publicaciones. Madrid.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1989) Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (S.E.I.T.): Informe 1988. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS EN ESPAÑA (1990) Memoria 1989. Delegación del Gobierno para el P.N.D. Madrid.

PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS (1989) Ayudas, recursos para reinserción social: recopilación de normativas. Plan Regional de Madrid.

POLAINO-LORENTE, A. (1982) ¿Conoce usted los efectos del abuso del alcohol y las drogas blandas?. Ed. Acción familiar. Madrid.

POLAINO-LORENTE, A. (1987) Educación para la Salud. Herder. Barcelona.

POLO SANGUESA, Ll.; ZELAYA, M. (1985) Comunidades para toxicómanos. Dirección General Acción Social-Cruz Roja, Madrid.

POLO SANGUESA, Ll. et al. (1985) Guía de Comunidades Terapéuticas y servicios de atención a toxicómanos. Cruz Roja Española, Madrid.

POROT, A.; POROT, M. (1971) *Las toxicomanías*. Título original *Les toxicomanies*, P. U. de France, Ed. Española: Oikos-Tau, Barcelona.

PRENSA CIENTIFICA (1989) *El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)*. Servicio: Libros de Investigación y Ciencia. Scientific American. Barcelona.

PRESTON, C. A.; VINE, L. L. (1984) "Self and ideal-self-perception of drug addicts in therapeutic communities". En *International Journal of Addictions*, vol. 19, núm. 7. pp. 805-818.

PRIMER CONGRESO SOBRE DROGOPREVENCIÓN EN LA ESCUELA, TENERIFE (1987) "Drogadicción en el medio escolar: necesidad de una educación para la salud". Ed. Laboratorios del Agrange P. y B. Madrid.

PROYECTO HOMBRE Programa Terapéutico «Proyecto Hombre». Memoria 1984-85. Mimeo. Madrid.

PROYECTO HOMBRE (1988) *Memoria de programas terapéuticos-educativos del Estado Español*. (Sin referenciación editorial). Mimeo

PROYECTO HOMBRE El «Proyecto Hombre» de rehabilitación de toxicodependientes. Mimeo 4 pp.

PRUSS, R. (1985) "Therapeutic community at a crossroad: Public service or private enterprise". En *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. C.I.S., Roma.

PUIG, Z. (1980) "Estrategias de intervención en Puerto Rico para prevenir y tratar la adicción". En *Drogodependencias*. Actas IX Congreso Internacional sobre prevención y tratamiento de las drogodependencias, pp. 407-416. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid.

QUINTANA, J. M. y otros (1986) *Fundamentos de animación Sociocultural*. Bases para un proyecto de intervención socioeducativa a nivel local. Ed. Narcea, Madrid.

RAMIREZ, E. (1985) "Recent developments in the therapeutic community movement in Puerto Rico and Latin America". En *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. C.I.S., Roma.

RAMOS PEREZ, E. (1987) *Proyecto de trabajo como educador para el Centro de Día Municipal de Rehabilitación de Toxicómanos «Els Reietts»*. Mimeo 51 pp. Alicante.

RAPOROT, R. N. (1974) *La communaute therapeutique*. Máspero, París.

RAPOROT, R. N. (1977) "Comunidades terapéuticas". En SILLS, D. L. (Eds.) *Enciclopedia Internacional de las Ciencias*

Sociales. Aguilar, Madrid.

REHABILITACION MARGINADOS - AYUDA AL TOXICOMANO. REMAR (1986) Boletín Informativo. Málaga.

REINA, F. y otros (1987) Los padres ante las drogas. Ed. Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía.

REINA, F. (1985) Urgencias derivadas del Consumo de Drogas.

REMAR (1987) Transcripciones de testimonios, sermones y otras intervenciones de la Iglesia Evangélica sobre drogas. Mimeo. Madrid.

RENES, V. (1991) Ética y Economía. ¿Es un anacronismo la pregunta ética en economía? En Documentación Social. Nº 83. Ed. Cáritas Española. Madrid. (págs. 141-151).

REPPETO, M. et al. (1985) Toxología de la drogadicción. Ed. Díaz Santos, Madrid.

REZSOHAZY, R. (1988) El desarrollo Comunitario. Acogida de la comunidad. Ed. Narcea, Madrid.

RIAZA, J.M. (1991) Los valores éticos en la docencia. En Documentación Social. Nº 83. Ed. Cáritas Española. Madrid. (págs. 129-140).

RIBOLZI, L. (1988) Sociología Educativa y Escolar. Función de la escuela en la sociedad contemporánea. Ed. Narcea, Madrid.

RIVAS, A.; LEFOR, O. (1988) "El escándalo de la Iglesia de la Cienciología". En Tiempo. Rev. 5, 11 Diciembre, núm. 343, pp. 8-16. Presenta un organigrama completo de sus distintas secciones (Narconon, droganon, ...).

RIZZO, N. (1985) "La comunità terapeutica come alternativa alla prigione nella presa in carico del tossicodipendente". En Actas III Congreso Mundial de común ideas terapéuticas. C.I.S., Roma.

ROCA SEBASTIA, F.; BEDATE VILLAR, J. (1982) "Evaluación de un año de funcionamiento en una comunidad terapéutica rural para toxicómanos". En Drogalcohol, vol. VII, núm. 2, pp. 75-87.

RODRIGUEZ, G. (1988) La integración social de drogodependientes: recursos, procesos de recuperación, imágenes e ideologías sociales. Ed. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.

RODRIGUEZ, J. (1982) Oceanografía del mar Mediterráneo. Ed. Pirámide. Madrid.



RODRIGUEZ ROCA, J. Y COLS. (1989) *Drogodependencias y su tratamiento en siete países europeos*. Ed. INTRESS. Barcelona.

ROIG TRAVIERA, A. (1986) "El modelo americano de comunidad terapéutica y su difusión en Europa". En XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, pp. 193-214. Palma de Mallorca.

ROIG TRAVIERA, A. (1986) "La comunidad terapéutica". En XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, pp. 185-192. Palma de Mallorca.

ROJAS, E. (1988) *El laberinto de la afectividad*. Ed. Espasa Calpe. Madrid.

ROLDAN INTXUSTA, G. (AGIPAD) *Informe de la X Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas*. Mimeo 23 pp. San Sebastián.

ROLDAN, G. et al. "Haize-Gain. La comunidad terapéutica en un programa de asistencia de salud mental comunitaria". En Jornadas sobre Comunidades Terapéuticas. Mimeo 23 pp.

ROLDAN, G.; PERURENA, J. (1986) "Haize-Gain. La comunidad terapéutica en un programa de asistencia de salud mental comunitaria". En 10th world conference of therapeutic communities. Eskilstuna Sweden. Mimeo 11 pp.

ROSA MEMBRIVES, A. (1986) *La intervención educativa ante las drogodependencias*.

ROSE, M. (1985) "The potential of fantasy and the role of charismatic leadership in a therapeutic community". En Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. C.I.S., Roma.

ROYO ISACH, J. (1985) "El voluntariado en el trabajo con toxicómanos". En *Entrejóvenes*, núm. 9. Barcelona.

ROZMAN, C.; BLADE, J.; GACELL, J. M. (1988) *Infecciones en el paciente inmunodeprimido. Enfermedades Infecciosas*. DOYMA. Barcelona.

RUBIN, R. S. (1979) "The community meeting: a comparative study". En *American Journal of Psychiatry*, vol. 136, núm. 5, pp. 708-712. Washington.

RUSSELL, B. (1983) *El conocimiento Humano*. Orbis. Barcelona. (Título original: *Human Knowledge its Scope and Limits*, S/f.).

RUSSIANOFO, P. (1989) *Para vivir feliz*. Paidós, Barcelona.

SACHA, V. et al. (1989) *Delincuencia: teoría e investiga-*

ción. Alpe. Madrid.

SAGRAEUS, V. (1985) "Research on the treatment of alcoholics and drug addicts during the 1970s in Sweden". En Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. C.I.S., Roma.

SAINZ CASADO, A. M. (1985) Inspección de Centros Terapéuticos de Rehabilitación de Toxicómanos. INSALUD, Burgos.

SALARRULLANA, P. (1990) Las sectas. Un testimonio vivo sobre los mesías del terror en España. Ed. Temas de Hoy, Madrid.

SALINAS UGALDE, A. M. (1986) "La problemática de las comunidades terapéuticas para toxicómanos". En AA. VV., Aportaciones toxicológicas. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, Madrid.

SAMPER, D. (1990) "Los jóvenes de hoy cambian las utopías por dinero y sexo". Saben que la droga es un problema social y no un mero pasatiempo de guateques. En Cambio 16, núm. 985, pp. 22-28.

SANAHUJA BELTRAN, P. (1986) "Comunidades terapéuticas: Descripción, método y evolución de la C. T. «La Granja» (Programa DROSS Barcelona)". En Seminario de alternativas de tratamiento y rehabilitación en farmacodependencia y alcoholismo. Mimeo 41 pp., Bogotá.

SANCHEZ, CH. (1990) "Pinceladas para comprender un proceso". En P. M. núm. 170 pags. 53-60. Ed. Popular, Madrid.

SANCHEZ, M. (1987) SIDA: todo lo que Ud. debe saber. Tiempo. Barcelona.

SANCHEZ BERENGUEL, J. C. (1989) "Las drogodependencias en el mundo laboral". En Labor. Rev. GG. Sociales. Núm. 1, pp. 2-4. Almería.

SANCHEZ CARBONELL, X. (1986) "La evaluación del tratamiento de toxicómanos". En XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Palma de Mallorca.

SANCHEZ OCAÑA, R. (1987) Las drogas un problema de todos. Ed. Instituto de Estudios Económicos. Madrid.

SAVATER, F. (1988) Etica sobre el amor propio. Ed. Mondadori-España. Cap. VI. Tesis sociopolíticas sobre las drogas. a) Amor propio; b) Virtud individualismo; c) Apoyamiento de los Derechos Humanos. (Págs 295-306).

SCHNEIDER, S.; DEUTSCH, C. (1985) "Adolescent sexuality in a therapeutic community: staff contertransference issues". En Adolescence, vol. 20, núm. 78, pp. 369-376.

SCHÜTZENBERGER, A. (1980) Nuevas Terapias de Grupo. Pirámide. Madrid. Trad. de Le corps et le groupe. Edourd Privat, Editeur. 1977.

SCHWARTZ, H.; JACOBS, J (1974) Sociología Cualitativa. Trillas, México.

SECRETARIA GENERAL TECNICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1987) Jornadas sobre alcohol, drogas y accidentes de tráfico. Madrid.

SEGUIER, M. (1978) Crítica Institucional y creatividad colectiva. Una introducción a la autoevaluación. Marsiega, Madrid.

SEMINARIO PERMANENTE DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS - ALMERIA (1988) Memoria de actividades. Mimeo, 14 pp.

SERIGO SEGARRA, A. (1968) "El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica". En Revista de Sanidad e Higiene Pública, vol. 42, núm. 1, pp. 31-39.

SERNA, C. DE LA. "En cincuenta y cuatro centros de rehabilitación luchan por dejar la droga". En Epoca, núm. 20, pp. 9-17.

SERRANO, A.; GONZALEZ, A.; LOPEZ, A. (1987) Cuaderno de Orientaciones para Psicólogos. Ed. Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía.

SERRANO G, M<sup>a</sup>. I. (1990) Educación para la Salud y Participación Comunitaria: una perspectiva comunitaria. Ed. Díaz de Santos. Madrid.

SERVICIO ALCOHOLICOS Y TOXICOMANOS HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL DE BETERA Memoria de las actividades de equipo de toxicómanos, 1979. Mimeo 3 pp.

SERVICIO ALCOHOLICOS Y TOXICOMANOS HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL DE BETERA Memoria de las actividades de equipo de toxicómanos, 1980. Mimeo 2 pp.

SERVICIO MUNICIPAL DE TOXICOMANIAS (1985) Ayuntamiento de Alicante, proyecto de trabajo para el Centro de Rehabilitación «Els Reiets». Mimeo 41 pp. Alicante.

SERVICIO DE TOXICOMANIAS Ayuntamiento de Alicante grupos de padres. Mimeo 23 pp. Alicante.

SERVICIOS JURIDICOS. DPTO. ASUNTOS JUDICIALES DE «LE PATRIARCHE» «El Patriarca» y la Probation (libertad a prueba o suspensión del fallo). Mimeo 55 pp.

SHANNON, E. (1989) Señores de la droga: la guerra que Estados Unidos no podrá ganar. Maeva. Madrid

SHITTAR, L. (1972) "La ideología de la comunidad terapéutica". En BASAGLIA, F. La Institución Negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico, pp. 173-185. Barral, Barcelona.

SMALL, L. (1978) Psicoterapias Breves. Granica, Barcelona. Trad. de Briefer Psychotherapies, 1971.

SMART, R. G. (1976) "Outcome studies of therapeutic community and halfway house treatment for addicts". En International Journal of addictions, vol. 11, núm. 1, pp. 143-159.

SOLE PUIG, J. R. (1989) Terapia antidroga. Salvat, Manuales. Barcelona.

SONEIRA VEIGA, C. et al. (1986) "Description du modele d'assistance de la communauté thérapeutique Alborada, de Vigo (Espagne)". En Bulletin de Liaison. Mimeo, 14 pp. Centre National de Documentation Sur les Toxicomanies, Lyon.

SONTAG, S. (1980) La enfermedad y sus metáforas. Muchnik, Barcelona.

SORENSEN, J. L.; DEITCH, D. A.; ACAMPORA, A. (1984) "Treatment collaboration of methadone maintenance programs and therapeutic communities". En American Journal of drug and alcohol abuse, vol. 10, núm. 3, pp. 347-359.

SORIANO MOMPO, F. "Psicoterapia familiar con drogodependientes". En Drogalcohol, vol. X, núm. 3, pp. 101-109.

SORIANO MOMPO, F.; CAMARERO ROCA, M. C. (1980) "Importancia del trabajo con los padres en el tratamiento de los toxicómanos". En VIII Symposium de Psicoterapia y Técnicas de grupo. Mimeo 7 pp. Palma de Mallorca.

SORIANO MOMPO, F. (1985) "Psicoterapia familiar con drogodependientes". En Drogalcohol. Vol. X, núm. 3, pp. 101-109.

SORIANO MOMPO, F.; FERNANDEZ MARCH, T. (1985) "El papel del psicólogo en un servicio de alcoholismo y toxicomanías". En I Jornadas sobre el Rol Profesional del Psicólogo. Mimeo 12 pp. Valencia.

SORIANO MOMPO, F. (1986) "La psicoterapia familiar con drogodependientes. Un modelo de intervención". En Información Psicológica, núm. 28. Colegio Oficial de Psicólogos, Valencia.

SOTO, F. (1989) Delito de Tráfico Ilegal de Drogas, su relación con el Delito de Contrabando. Trivium. Madrid.

STANTON, M. D.; TODD, T. C. y cols. (1988) Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Ed. Gedisa.

STANTON, M. D. (1979) "Family Treatment to Drug Abuse problems: a review". En *Family Process*. Vol 18, pp. 251-279.

STENSNO, Ch. (1985) "The relation between time treatment and treatment effects in therapeutic communities for drug addicts". En *Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. C.I.S., Roma.

STERN, D. A.; FROMM, M. G.; SACKSTEDER, J. L. (1986) "From coercion to collaboration: two weeks in the life of a therapeutic community". En *Psychiatry*, vol. 49, núm. 1, pp. 18-32.

STEWART-CLARK, J. (1986) Informe. Comisión de Investigación del problema de las drogas en los Países de la Comunidad Europea. Comunidad Económica Europea, Luxemburgo.

SWONGER, A. K.; CISNANTINE, LL. (1985) *Drogas y Terapia*. Alhambra. Madrid.

T.A.I.M. (1987) *Rehabilitación de Toxicómanos y factores adyacentes*. Asociación Española de Mejoras Sociales, Madrid.

TAPIA, J.A. (1970) *Almería piedra a piedra*. Ed. Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Almería (1ª Edición).

TAPIA, J.A. (1979) "Almería hombre a hombre". Cáp VII: El siglo XX. (Págs. 261-262), donde se trata de los emigrantes almerienses. Ed. Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Almería.

TARANCON, E.V. (1991) *Propuesta del magisterio eclesiástico en una sociedad secular*. En *Documentación Social*. Nº 83. Ed. Cáritas Española. Madrid. (págs. 97-111).

THOMAS, K. (1974) "Diversos métodos de terapia de drogadicotos en el mundo". En AA. VV. *La droga. Problema humano de nuestro tiempo*, pp. 179-215. Ediciones y Seminarios, Madrid.

TIMS, F.; LUDFORD, J. P. (Edit.) (1984) *Drug Abuse treatment evaluation: Strategies, progress and prospects*. NIDA, Rockville.

TORREGROSA, J. R. et al. (1989) *Juventud, trabajo y desempleo: un análisis psicológico*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.

TORRES, DE, S. (1987) "El consumo de drogas en España". En *Droga y Familia*, pp. 86-92. Ed. PS. Madrid.

TURNER, R. (Ed.) (1974) *Ethnometodology*. Penguin, Londres.

TURNER, V. (1980) *La selva de los símbolos*. Siglo XXI, Madrid.

UNESCO (1973) La verdad sobre la droga. Iberoamericana. Madrid.

UNESCO (1973) Drogas, alienaciones y educación, Ed. ICC, Erasp 3, Madrid.

VALENTE, J.A. (1987) "Contra la resignación". En "El Sol" (14-01-87). Carencias en vivencia cotidiana y descripción de la suciedad en la ciudad. Abulia comunitaria de virtuosos individuales.

VALLEJO NAGERA, J. A. et al. (1988) Guía práctica de Psicología: cómo afrontar los problemas de nuestro tiempo. Ed. Temas de Hoy. Madrid.

VAN GENNEP, A. (1986) Los Ritos de Paso. Taurus, Madrid.

VEGA, A. (1985) Drogas: ¿un problema educativo?. Diálogos en Educación, 6. Cincel-Kapelusz. Madrid.

VEGA, A. (1989) Pedagogía de Inadaptados Sociales. Psicología de la inadaptación social. Inserción social. E. Narcea, Madrid.

VERDEJO VIVAS, G. La problemática de las poblaciones. (1969) C.O.F.A. Almería (Mecanografiada 60 págs.).

VERDEJO VIVAS, G. Estudio sobre la Marihuana. (1.970). Arch. Inst. Aclim. XV (Págs 5-160).

VERDEJO VIVAS, G. Marihuana. (1971) C.O.F.A. Almería, (115 páginas, ilustrada).

VERDEJO VIVAS, G. Marihuana en la salud. (1973) C.G.C.F. Madrid, (105 páginas).

VERDEJO VIVAS, G. Cándabis sativa. Estudio Botánico, Químico, Farmacológico, Toxicológico, Sociológico, Legal. (1.973)

VERDEJO VIVAS, G. Alcaloides de las castaceas. (1.974). Arch Inst. Aclim. CIX, 1.974, pág 21-56.

VERDEJO VIVAS, G. Alucinógenos reino vegetal. (1.976). Rev. San. High. Pub 50 313-400 (1.976).

VERDEJO VIVAS, G. El fenómeno de la toxicomanía. (1.980) Curso de Información y Orientación de la Juventud. Almería. (Mecanograficado Págs 37).

VERDEJO VIVAS, G. La juventud y las drogas. C.O.F.A. (1.980) (Mecanografiada 11 págs.).

VERDEJO VIVAS, G. Tercera generación de medicamentos. (1981) C.O.F.A. Almería (42 páginas)

- VERDEJO VIVAS, G. Marihuana: ¿droga?, ¿medicamento?. C.O.F.A. (1982). Almería. Mecanografiada (50 págs.).
- VERDEJO VIVAS, G. SIDA: inmunología y quimioterapia. (1986) 167 pág. C.O.F.A. Almería (mecanografiada).
- VERDEJO VIVAS, G. (1987) Drogadicción... una alternativa. Un desafío a la sociedad: la farmacodependencia. Ed. Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Almería. 2ª Edición.
- VERDEJO VIVAS, G. SIDA: prioridad sanitaria nacional. (1989) C.O.F.A. Almería pág. 55.
- VERDEJO VIVAS, G. Cocaína: el gran problema. (1989) Primer Seminario Andaluz Sobre Toxicomanías. Roquetas de Mar (Almería), mecanografiada (págs. 46).
- VERDEJO VIVAS, G. Khat - una droga en perspectiva. (1989). C.O.F.A. Almería, en Off-Setl. (pág 72).
- VERDEJO VIVAS, G. Invasor evasivo. Herpes virus simplex. C.O.F.A. (S/F). Almería. Mecanografiada (Págs. 27).
- VERDEJO VIVAS, G. Cocaína (crack). Seminario sobre Toxicomanías. C.D.G.F. Madrid XII (46 págs).
- VERDEJO VIVAS, G. Aberración.- C.O.F.A. (S/F). Reciclaje profesional. 40 páginas. Mecanografiada.
- VETERA, C. (1985) "Rapporto tra pubblico e privato nelle comunità terapeutiche". En Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. C.I.S., Roma.
- VIDAL, M. (1984) Ética Civil y Sociedad Democrática. Ed. D.D.B. Bilbao. Obra fundamental para mejor entender el criterio del autor en su artículo "carencias éticas en el fenómeno de la droga". Mi justificación. Las tres obras citadas y estudiadas por mí, con el artículo en que me autocito, (ALVAREZ M., M.) me han llevado a reducirme al de VIDAL, "Carencia éticas...", desde el inicio a la conclusión.
- VIDAL, M. (1991) La ética cristiana en la nueva situación española. En documentación social, Nº 83. Cáritas española. Madrid. (Págs 63-74).
- VILA-ABADAL I VILAPLANA, J. et al. (1984) "Comunitat terapèutica de Vidra: una experiència de comunitat professional para toxicòmanos". En Drogodependencias: Un reto multidisciplinar. Tomo 2, pp. 105-114. Gobierno Vasco, Vitoria.
- VIVIEN A. (1982) Les sectes en France. RAPPORTS OFFICIELS. LA DOCUMENTATION FRANÇAISE.
- VV. AA. (1968) Los paraísos de las drogas. Título original: I paradisi della droga, Società Editrice Internazionale,

Torino. Ed. Española: Mensajero, Bilbao.

VV. AA. (1988) Crisis social de la ciudad. CIDUR/Alfoz, Madrid.

VV. AA. (1988) La escuela ante la inadaptación social. Fundación Banco Exterior, Madrid.

VV. AA. (1987) "Enfoque relacional en toxicomanías". Comunidad y Drogas. Rev. Monografía núm. 1. Mayo, Madrid.

VV. AA. (1986) I Jornadas de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos. Conclusiones de las Mesas de Trabajo y de la Asamblea. Casa Lanza, Mimeo, Valencia.

VV. AA. (1975) "Superstición". En G.E.R. (Enciclopedia Rialp), Tomo XXI (pp. 872-876). Madrid.

VV. AA. (1987) Enfoque relacional en toxicomanías. Comunidad y Drogas. Monografía. Núm. 1. Delegación del Gobierno para el P.N.D.

VV.AA. (1982) Delincuencia y drogas: estudio de un grupo marginado y respuestas educativas. Ed. Universitat. Barcelona.

VV. AA. (1987) Reinserción Social y Drogodependencias. Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social, Madrid.

VV.AA. (1987) Escuelas sin drogas. Cómo actuar. Secretaría de educación de los EE.UU. Ed. Servicio Informativo y cultural de los Estados Unidos de América. Plan para obtener una escuela sin drogas. En el plan se comprometen: padres, escuelas, estudiantes, comunidades. Se justifica la necesidad de su COMPROMISO. en la segunda parte se tratan: Niños y drogas. Plan de acción. Lo que pueden hacer: los padres, las escuelas, los estudiantes, las comunidades. La prevención. La Ley. Abundante número de referencias como base documental.

VV.AA. (1987) Reinserción social y drogodependencias. Ed. Asociación para el estudio y promoción del bienestar social. Madrid.

VV.AA. (1989) El imperio sumergido de la droga. Enemigo año 1990, para los lectores de EL MUNDO. Imperio sumergido que proporciona unos beneficios anuales de 35 billones de pesetas. En EL MUNDO, colección Documentos, Nº IV 19-12-1989. (pp. 20). Destaca la facilidad del blanqueo de dinero a través de la complicidad de los bancos, connivencia de gobiernos y grupos económicos.

VV.AA. (1989) Jóvenes españoles. Ed. Fundación Santa María. Madrid.



- VV. AA. (1989) *Drogadicción y Embarazo. Trabajo de investigación en el Hospital Regional Materno-Infantil de Málaga.*
- VV.AA. (1991) *Virtudes públicas y ética civil.* Ed. documentación social, cáritas española (Nº 83). Madrid. contiene amplia bibliografía. pp.171.
- VV.AA. (1991) *La Almería que queremos.* Ed. Artero, J.M. Cajal. Almería.
- VV.AA. "La Chanca y san Roque". El puerto. Págs 255-274. Ed. Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Almería.
- WADELL, J. O. (1983) "Alcoholism-treatment-center-based projects". En GALANTER, M. (Edit.). *Alcoholism*, vol. 2, pp. 397-404. Plenum Press, Nueva York.
- WATTS, A. (1987) *Psicoterapia del Este, Psicoterapia del Oeste.* Kairós, Barcelona.
- WATTS, A. (1987) *La sabiduría de la inseguridad.* Kairós, Barcelona.
- WAX, R. H. (1976) "Observación participante". En SILLS, D. L. (Edit.) *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales.* Aguilar, Madrid.
- WEISS, F. A. (1976) "Dinámica y terapia de la autoalienación". En *La soledad del hombre.* Monte Avila, Caracas. Venezuela.
- WERMUTH, L. (1986) "Enlisting Family Support i Drug Treatment". En *Family Process*, vol. 25, pp. 25-33.
- WINICK, Ch. (1980) "An empirical assessment for therapeutic communities in New York City". En BRILL, L.; WINICK, Ch. (Edits.). *Yearbook of substance use and abuse*, vol. 2. Human Sciences Press, Nueva York.
- WRIGHT, Ch. R. (1976) "Evaluación de resultados". En SILLS, D. L. (Edit.). *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales.* Aguilar, Madrid.
- YABLONSKY, L. (1967) *Synanom: The Tunnel Back.* Penguin, Londres.
- YABLONSKY, L. (1985) "Some aspects of the social structure and social organization of the therapeutic community". En OTTENBER, D. *The Therapeutic Community Today.* Centro Italiano di Solidarietà, Roma.
- ZARCONI, V. P. Jr. (1980) "An eclectic therapeutic community for the treatment of addiction". En *International Journal of Addictions*, vol. 15, núm. 4, pp.515-528.

## 2.- Tratamiento estadístico



## 2.1. Padres

### 2.1.1. Cuestionario



Marino Alvarez Mínguez  
 Psicosociólogo  
 c/ Corbeta, nº3

04002 - A L M E R I A

# CUESTIONARIO 1

PADRES

## LA TOXICOMANIA EN ALMERIA

(Estudio psicosociológico)

- \* Estoy realizando una encuesta sobre el tratamiento y la rehabilitación de los drogodependientes psíquicos. Ustedes como padres me pueden ayudar a que este estudio sea útil para todos. Por ello pido su colaboración en torno a esta cuestión que a todos nos preocupa.
  - \* Le garantizo confidencialidad personal y un serio tratamiento de cuantos datos y respuestas se obtengan.
  - \* Le pido seriedad y precisión de sus contestaciones. Puede añadir cuanto estime oportuno.
  - \* NOTA: Las preguntas señaladas como MÚLTIPLES significan que puede dar varias respuestas.
- Agradezco de antemano su colaboración.

	NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN		NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN
1.- <u>Sexo</u>		4.- Pequeño empresario comerciante . . . . .	
1.- Hombre . . . . .		5.- Trabajador cuenta propia . . . . .	
2.- Mujer. . . . .		6.- Cuadro medio (perito, técnico) . . . . .	
2.- <u>Edad: Años cumplidos:</u>		7.- Propietario agrícola pequeño . . . . .	
1.- Menos de 35. . . . .		8.- Empleado, administrativo, funcionario. . . . .	
2.- De 35 a 45 . . . . .		9.- Obrero (no cualificado) de la industria, agricultura o servicios. . . . .	
3.- De 46 a 55 . . . . .		10.- En paro. . . . .	
4.- Más de 65. . . . .		11.- Sus labores. . . . .	
3.- <u>¿Qué nivel de estudios ha alcanzado?:</u>		12.- Pensionista, jubilado. . . . .	
1.- Sólo leer y escribir . . . . .		5.- <u>¿En qué clase social se situaría usted?:</u>	
2.- Primarios, EGB . . . . .		1.- Alta . . . . .	
3.- Graduado escolar . . . . .		2.- Media-Alta . . . . .	
4.- Formación profesional. . . . .		3.- Media-Baja . . . . .	
5.- BUP. . . . .		4.- Modesta. . . . .	
6.- Formación profesional. . . . .		6.- <u>Número de hijos:</u>	
7.- Escuela universitaria. . . . .		1.- 1 ó 2. . . . .	
8.- Facultades y Es. Técnicas. . . . .		2.- 3 ó 4. . . . .	
4.- <u>Categoría socio-profesional:</u>		3.- Más de 4. . . . .	
1.- Propietario agrícola (grande o mediano). . . . .		7.- <u>¿Cuántos hijos tiene entre 13 y 30 años?:</u>	
2.- Empresario, directivo, alto personal de la industria o servicios . . . . .		1.- Uno. . . . .	
3.- Profesión liberal. . . . .		2.- Dos. . . . .	
		3.- Tres . . . . .	
		4.- Cuatro o más . . . . .	

8.- <u>¿Cómo piensa usted que debería ser la educación de sus hijos?</u>	NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN	14.- <u>¿Con quién demuestran tener más confianza sus hijos/as?</u>	NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN
1.- Muy controlada . . . . . 2.- Controlada . . . . . 3.- Tolerante . . . . . 4.- No controlada . . . . .		1.- Con la madre . . . . . 2.- Con el padre . . . . . 3.- Con ambos . . . . . 4.- No tienen confianza . . . . . 5.- Otras respuestas . . . . .	
9.- <u>A su juicio, ¿qué tiempo libre dedica usted a sus hijos?</u>		15.- <u>¿Cuáles son los motivos que han impulsado sus hijos/as al consumo de drogas? (Multiplie):</u>	
1.- Mucho . . . . . 2.- El que me permita mis actividades . . . . . 3.- Poco . . . . . 4.- Ninguno . . . . .		1.- Estar a disgusto en esta sociedad . . . . . 2.- Escapar de problemas personales . . . . . 3.- El gusto de hacer lo prohibido . . . . . 4.- Sentirse libre . . . . . 5.- Encontrar un nuevo estilo de vida . . . . . 6.- Pasar el rato . . . . . 7.- Porque "pasan de todo" . . . . . 8.- Para estudiar o trabajar mejor . . . . . 9.- Para facilitar contacto social . . . . . 10.- Porque es costumbre social . . . . . 11.- Por no ser tenidos por raros . . . . . 12.- Sentirse rechazado por la familia . . . . . 13.- Sentirse rechazado en el trabajo . . . . . 14.- Deseo de ser miembro del grupo . . . . . 15.- Experimentar placer, animarse . . . . . 16.- Por curiosidad y deseo de sentir . . . . . 17.- Sensaciones nuevas . . . . . 18.- Calmar nervios . . . . . 19.- Dormir mejor . . . . . 20.- Enfermedad-dolor . . . . .	
10.- <u>¿Qué posturas cree usted que se dan con más frecuencia en su familia ante los problemas de sus hijos? (Multiplie):</u>		16.- <u>Ante el hecho real de que tenga algún hijo/a drogodependiente, ¿qué normativa considera más adecuada?:</u>	
1.- Procuramos a los hijos una vida feliz, dándoles todo lo que ellos piden . . . . . 2.- Nos preocupamos por las nuevas ideas y costumbres de nuestros hijos . . . . . 3.- Pensamos que lo mejor es dejarles tal como son para que aprendan a desenvolverse por sí mismos . . . . . 4.- Tratamos de mantener las tradiciones familiares y queremos que entren por ellas nuestros hijos . . . . . 5.- Lo que importa es dar a nuestros hijos una carrera por su futuro . . . . . 6.- Trabajamos mucho para dejarles bienes de fortuna . . . . . 7.- Sólo nos preocupamos de que tengan un buen empleo de trabajo remunerado . . . . .		1.- Deberían existir centros especiales para drogodependientes, pero que fuera voluntario el ingreso en los mismos . . . . . 2.- Deberían existir centros especiales obligatorios para todo toxicómano . . . . . 3.- Pienso que deberían dejarles en paz . . . . . 4.- Únicamente se debería intentar rehabilitar a los toxicómanos que fuesen delincuentes . . . . .	
11.- <u>Respecto al tema de la autoridad en la familia, ¿qué postura le parece usted más conveniente? (Multiplie):</u>		17.- <u>En relación con la drogodependencia de su hijo/a, ¿cómo cuáles de estas afirmaciones está usted de ACUERDO, DESACUERDO?</u>	
1.- Los hijos deben tener hacia sus padres más respeto que confianza . . . . . 2.- Los hijos deben tener hacia sus padres más confianza aparte de respeto . . . . . 3.- Las confianzas de los hijos a sus padres tras consigo la pérdida de respeto . . . . . 4.- En realidad los hijos y los padres deben de ser amigos sin ninguna jerarquía . . . . . 5.- Otras respuestas . . . . .		1.- Si hubiera existido una buena información sobre la droga y sus efectos, a mi hijo/a no le hubiera hecho falta rehabilitación . . . . . 2.- Nada puede hacerse por la rehabilitación de mi hijo/a . . . . . 3.- Una persona que ha probado la droga, nunca volverá a ser la misma . . . . . 4.- La realización del "Plan Nacional sobre Drogas" del gobierno será una ayuda para la rehabilitación de mi hijo/a . . . . .	
12.- <u>¿Conoce usted las amistades de sus hijos?:</u>			
1.- A casi todos . . . . . 2.- Sólo a algunos . . . . . 3.- No conozco a ninguno . . . . .			
13.- <u>¿Qué o quiénes cree usted que deben ser las principales fuentes de educación de sus hijos? (Multiplie):</u>			
1.- Estudios o lecturas personales . . . . . 2.- Hermanos/as mayores . . . . . 3.- Información amigos/as . . . . . 4.- En el colegio, los profesores . . . . . 5.- Los padres . . . . . 6.- La experiencia personal . . . . . 7.- El confesor o sacerdote . . . . .			

A O NS/NC

<p style="text-align: center;">A D NS/MC</p> <p>5.- La existencia de un toxicómano en nuestra familia ha supuesto el contagio a otros miembros de la familia . . . . .</p> <p>6.- Lo más necesario es un Centro de rehabilitación para el tratamiento de nuestro hijo/a . . .</p> <p>7.- En general, estos Centros de Rehabilitación son tan malos, que la mayoría de las familias no pueden mandar allí a sus hijos</p> <p>8.- Después de hacer un tratamiento de rehabilitación en los Centros, los toxicómanos suelen salir peor de lo que estaban. . . . .</p> <p>9.- Sinceramente, la mayoría de los Centros no rehabilitan sino a un pequeño número de toxicómanos .</p>	<p style="text-align: center;">NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</p>	<p>18.- <u>En realidad existen distintas posturas en las familias cuando se tiene niños/as toxicómanos/as. (cuáles cree usted que son las que más se dan? (Múltiple):</u></p> <p>1.- Desesperación. . . . .</p> <p>2.- Ocultarlo. . . . .</p> <p>3.- Preocuparse mucho más por ellos.</p> <p>4.- Buscar alguna solución . . . . .</p> <p>5.- No ocuparse. . . . .</p> <p>6.- Resignación. . . . .</p> <p>7.- Desconocimiento. . . . .</p> <p>8.- Internarlo en un Centro y quedar tranquila . . . . .</p>	<p style="text-align: center;">NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</p>
--	---	---	---

19.- ¿Desa sugerir algo más acerca de lo que le hemos preguntado?:

.....

.....

.....

.....

.....

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

.....

.....

**DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTROL:**

Entrevistador: . . . . .

Fecha: . . . . . Hora: . . . . . Lugar de la entrevista. . . . .

Calle: . . . . .

Duración de la entrevista . . . . .

**CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:**

.....

.....

.....





#### 2.1.2.- Tratamiento estadístico

---

Las tablas completas de los tres tratamientos estadísticos, así como los protocolos de las entrevistas in extenso están incluidas en el original de la tesis. Si desea consultarlas puede ponerse en contacto con el autor.

---



PERFIL DE LA MUESTRA POR SUBGRUPOS : PADRES

MUESTRA : 30

SEXO			EDAD	MENOS DE 35 AÑOS	
	HOMBRE	9		DE 35 A 45	8
				DE 46 A 55	12
	MUJER	21		DE 56 A 65	8
				MAS DE 65	2

NIVEL DE ESTUDIOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
- SOLO LEER Y ESCRIBIR	15		15
- PRIMARIOS, E.G.B.	5	3	2
- GRADUADO ESCOLAR	2	1	1
- FORMACION PROFESIONAL			
- B.U.P.	2		2
- C.O.U.	1	1	
- ESCUELA UNIVERSITARIA	3	2	1
- FACULTADES Y ESCUELAS TECNICAS	2	2	

CATEGORIA SOCIO-PROFESIONAL

- PROPIETARIO AGRICOLA (GRANDE O MEDIO)			
- EMPRESARIO, DIRECTIVO, ALTO NIVEL DE	1	1	
- PROFESION LIBERAL			
- PEQUEÑO EMPRESARIO COMERCIANTE	2	2	
- TRABAJADOR CUENTA PROPIA	1		1
- CUADRO MEDIO (PERITO, TECNICO)			
- PROPIETARIO AGRICOLA PEQUEÑO			
- EMPLEADO, ADMINISTRATIVO, FUNCIONARIO	2	1	1
- OBRERO (NO CUALIFICADO) DE LA INDUS.	4	3	1
- EN PARO			
- SUS LABORES	18		18
- PENSIONISTA, JUBILADO	2	2	

CLASE SOCIAL

- ALTA			
- MEDIA-ALTA	7	5	2
- MEDIA-BAJA	1		1
- MODESTA	22	4	18

NUMERO DE HIJOS

- 1 O 2	7	1	6
- 3 O 4	10	2	8
- MAS DE 4	13	6	7

PERFIL DE LA MUESTRA POR SUBGRUPOS : PADRES

FR. RELATIVA

=====

SEXO	HOMBRE	30,00 %	EDAD	MENOS DE 35 AÑOS	...	%
				DE 35 A 45	...	26,67 %
				DE 46 A 55	...	40,00 %
				DE 56 A 65	...	26,67 %
				MAS DE 65	...	6,67 %
SEXO	MUJER	70,00 %	EDAD	MENOS DE 35 AÑOS	...	%
				DE 35 A 45	...	26,67 %
				DE 46 A 55	...	40,00 %
				DE 56 A 65	...	26,67 %
				MAS DE 65	...	6,67 %

NIVEL DE ESTUDIOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
- SOLO LEER Y ESCRIBIR	50,00 %	%	71,43 %
- PRIMARIOS, E.G.B.	16,67 %	33,33 %	9,52 %
- GRADUADO ESCOLAR	6,67 %	11,11 %	4,76 %
- FORMACION PROFESIONAL	%	%	%
- B.U.P.	6,67 %	%	9,52 %
- C.O.U.	3,33 %	11,11 %	%
- ESCUELA UNIVERSITARIA	10,00 %	22,22 %	4,76 %
- FACULTADES Y ESCUELAS TECNICAS	6,67 %	22,22 %	%

CATEGORIA SOCIO-PROFESIONAL

- PROPIETARIO AGRICOLA (GRANDE O ME...	%	%	%
- EMPRESARIO, DIRECTIVO, ALTO NIVEL D...	3,33 %	11,11 %	%
- PROFESION LIBERAL	%	%	%
- PEQUEÑO EMPRESARIO COMERCIANTE	6,67 %	22,22 %	%
- TRABAJADOR CUENTA PROPIA	3,33 %	%	4,76 %
- CUADRO MEDIO (PERITO, TECNICO)	%	%	%
- PROPIETARIO AGRICOLA PEQUEÑO	%	%	%
- EMPLEADO, ADMINISTRATIVO, FUNCION...	6,67 %	11,11 %	4,76 %
- OBRERO (NO CUALIFICADO) DE LA IND...	13,33 %	33,33 %	4,76 %
- EN PARO	%	%	%
- SUS LABORES	60,00 %	%	85,71 %
- PENSIONISTA, JUBILADO	6,67 %	22,22 %	%

CLASE SOCIAL

- ALTA	%	%	%
- MEDIA-ALTA	23,33 %	55,56 %	9,52 %
- MEDIA-BAJA	3,33 %	%	4,76 %
- MODESTA	73,33 %	44,44 %	85,71 %

NUMERO DE HIJOS

- 1 O 2	23,33 %	11,11 %	28,57 %
- 3 O 4	33,33 %	22,22 %	38,10 %
- MAS DE 4	43,33 %	66,67 %	33,33 %

## 2.2.- Drogodependientes

### 2.2.1.- Cuestionario



Marino Alvarez Mínguez  
 Psicosociólogo  
 c/ Corbeta, nº3

04002 - A L M E R I A

## CUESTIONARIO 2

ELLOS

### LA TOXICOMANIA EN ALMERIA

(Estudio psicosociológico)

- \* Creo que tú puedes, de manera especial, aportando tu experiencia y criterio, a enriquecer lo que por diferentes procedimientos científicos estoy acopiando para realizar un Estudio Psicosociológico sobre tratamiento y Rehabilitación de la Drogodependencia (no alcohólica) en Almería Capital.
- \* Este es un cuestionario ANONIMO. Te garantizo confidencialidad personal y un serio tratamiento de cuantos datos y respuestas se obtengan. Deseo que te expreses con libertad y concisión acerca de la situación de la drogodependencia.
- \* NOTA: Las preguntas señaladas como MULTIPLES significa que puede dar varias respuestas.
- \* Agradezco de antemano su colaboración y atención, según le dicta su experiencia personal y recto criterio.

	NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN		NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN
1.- <u>Sexo</u>		5.- <u>¿Con quién vives en la actualidad?:</u>	
1.- Hombre . . . . .		1.- Solo . . . . .	
2.- Mujer. . . . .		2.- Padres . . . . .	
		3.- Padre. . . . .	
2.- <u>Edad: Años cumplidos:</u>		4.- Madre. . . . .	
1.- Menos de 15. . . . .		5.- Familiares . . . . .	
2.- De 15 a 20 . . . . .		6.- Instituciones sociales . . . . .	
3.- De 21 a 25 . . . . .		7.- En algún grupo colectivo . . . . .	
4.- De 26 y más. . . . .		8.- En pareja. . . . .	
3.- <u>Estado civil:</u>		6.- <u>¿Qué nivel de estudios has alcanzado?:</u>	
1.- Soltero/a. . . . .		1.- Solo leer y escribir . . . . .	
2.- Casado/a . . . . .		2.- Primarios, EGB . . . . .	
3.- Otra situación . . . . .		3.- Graduado Escolar . . . . .	
		4.- Formación Profesional. . . . .	
4.- <u>¿Cuál es su situación actual?:</u>		5.- BUP. . . . .	
1.- Estudio. . . . .		6.- CCU. . . . .	
2.- Trabajo. . . . .		7.- Escuelas universitarias. . . . .	
3.- Trabajo y estudio. . . . .		8.- Facultades, Esc. Técnicas Superior . . . . .	
4.- Estoy en paro cobrando . . . . .		7.- <u>¿En qué clase social te situarías?:</u>	
5.- Estoy en paro sin cobrar . . . . .		1.- Alta . . . . .	
6.- No hago nada . . . . .		2.- Media-alta . . . . .	
7.- Servicio militar . . . . .		3.- Media-baja . . . . .	
8.- Sus labores. . . . .		4.- Modesta. . . . .	
9.- Trabajo ocasionalmente . . . . .			



<p>8.- <u>¿Cómo crees que la sociedad considera a los drogadictos?</u> (Múltiple):</p> <p>1.- Como enfermos. . . . .</p> <p>2.- Como degenerados o viciosos. . . . .</p> <p>3.- Como delincuentes. . . . .</p> <p>4.- Como personas normales. . . . .</p> <p>5.- Como desequilibrados. . . . .</p> <p>6.- Como fuera de norma. . . . .</p> <p>9.- <u>¿Qué drogas has consumido?</u> (Múltiple)</p> <p>1.- Heroína. . . . .</p> <p>2.- Cocaína. . . . .</p> <p>3.- Speed-Ball. . . . .</p> <p>4.- Acido. . . . .</p> <p>5.- Marihuana, Hachís (Cannabicas) . . . . .</p> <p>6.- Otros opiáceos (medicamentos con codeína)</p> <p>7.- Anfetaminas. . . . .</p> <p>8.- Barbitúricos. . . . .</p> <p>9.- Inhalantes (colas, pegamentos) . . . . .</p> <p>10.- <u>¿Qué drogas consumes actualmente?</u> (Múltiple)</p> <p>1.- Heroína. . . . .</p> <p>2.- Cocaína. . . . .</p> <p>3.- Speed-Ball. . . . .</p> <p>4.- Acido. . . . .</p> <p>5.- Marihuana, Hachís (Cannabicas) . . . . .</p> <p>6.- Otros opiáceos (medicamentos con codeína)</p> <p>7.- Anfetaminas. . . . .</p> <p>8.- Barbitúricos. . . . .</p> <p>9.- Inhalantes (colas, pegamentos) . . . . .</p> <p>11.- <u>¿Por qué continúas consumiendo drogas?</u> (Múltiple):</p> <p>1.- Porque me gusta. . . . .</p> <p>2.- Por estar bien. . . . .</p> <p>3.- Porque paso de todo. . . . .</p> <p>4.- Porque me libera de la rutina diaria. . . . .</p> <p>5.- Porque busco nuevas sensaciones. . . . .</p> <p>6.- Por evasión de los problemas. . . . .</p> <p>7.- Problemas físicos. . . . .</p> <p>8.- No sigo consumiendo. . . . .</p> <p>(SOLO PARA LOS QUE HAN PROBADO HEROÍNA, COCAÍNA Y DERIVADOS...)</p> <p>12.- <u>¿Has intentado dejar de consumir alguna vez?</u>:</p> <p>1.- Nunca. . . . .</p> <p>2.- Alguna vez me lo he propuesto, pero no lo he conseguido. . . . .</p> <p>3.- Lo he intentado varias veces en serio. . . . .</p> <p>4.- Si, lo he conseguido. . . . .</p> <p>5.- Actualmente me encuentro en tratamiento.</p> <p>13.- <u>¿Qué tipo de ayuda o tratamiento has seguido para dejar de consumir drogas?</u> (Múltiple)</p> <p>1.- Médico. . . . .</p> <p>2.- Psicológico. . . . .</p> <p>3.- Psiquiátrico. . . . .</p> <p>4.- Otro tipo de rehabilitación. . . . .</p> <p>5.- Ingresado en Sanatorio. . . . .</p> <p>6.- De forma ambulatoria. . . . .</p> <p>7.- Solo, por esfuerzo personal. . . . .</p> <p>8.- Con la ayuda y compañía de amigos. . . . .</p> <p>9.- Con la ayuda y compañía de la pareja. . . . .</p> <p>10.- Con la familia. . . . .</p> <p>11.- Centro de rehabilitación. . . . .</p> <p>12.- Ninguno. . . . .</p>	<p>NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</p>	<p>14.- <u>¿Dónde deberías vivir habitualmente un toxicómano que quiera "desengancharse"?</u> (Múltiple):</p> <p>1.- En casa con su familia. . . . .</p> <p>2.- En un Centro de recuperación. . . . .</p> <p>3.- En un piso con otros que se han "desenganchado". . . . .</p> <p>4.- En una Comunidad Terapéutica. . . . .</p> <p>5.- Dejar que cada uno busque el modo de vida que quiera. . . . .</p> <p>6.- Marcharse a otro lugar que no le conozcan. . . . .</p> <p>7.- En la cárcel para "desengancharse".</p> <p>15.- <u>En la actualidad ¿estás en tratamiento de rehabilitación?</u></p> <p>1.- Si. . . . .</p> <p>2.- No. . . . .</p> <p>16.- <u>Si estás en tratamiento ¿en qué situación?</u></p> <p>1.- Interno en un centro. . . . .</p> <p>2.- Interno en un hospital. . . . .</p> <p>3.- Tratamiento ambulatorio. . . . .</p> <p>4.- Otros. . . . .</p> <p>(Especificar). . . . .</p> <p>17.- <u>En relación con la cuestión de la drogodependencia ¿con cuáles de estas afirmaciones estás de acuerdo o desacuerdo?</u>:</p> <p>1.- Nadie puede hacer nada por mi rehabilitación. . . . .</p> <p>2.- Una de las causas de los toxicómanos es la falta de trabajo. . . . .</p> <p>3.- La drogodependencia debería tratarse en hospitales y clínicas como las demás enfermedades. . . . .</p> <p>4.- Alguien que ya es toxicómano, nunca volverá a ser el mismo de antes. . . . .</p> <p>5.- Muchos toxicómanos, si les tratasen como cualquier otra persona, serían miembros normales de la sociedad. . . . .</p> <p>6.- Pienso que dentro de cierto tiempo, dejaré las drogas por mi propio esfuerzo. . . . .</p> <p>7.- La realidad es que tengo miedo a pasar el "mono" (síndrome de abstinencia). . . . .</p> <p>8.- La puesta en práctica del "Plan Nacional sobre Drogas" del Gobierno sería una ayuda para mi rehabilitación. . . . .</p> <p>9.- Si hubiera una información adecuada la droga y sus efectos no me hubiera hecho falta la rehabilitación. . . . .</p>	<p>NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</p> <p>A D NS/NC</p>
--	-----------------------------------	---	--

<p>18.- A tu juicio, ¿cuáles son los motivos que se han llevado a la drogodependencia? (Múltiple):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Estar a disgusto en esta sociedad. . . . .</li> <li>2.- Escapar problemas personales . . . . .</li> <li>3.- El gusto de hacer lo prohibido . . . . .</li> <li>4.- Sentirse libre . . . . .</li> <li>5.- Encontrar un nuevo estilo de vida. . . . .</li> <li>6.- Pasar el rato. . . . .</li> <li>7.- Porque "pase de todo". . . . .</li> <li>8.- Para estudiar o trabajar mejor . . . . .</li> <li>9.- Para facilitar contacto social . . . . .</li> <li>10.- Porque es costumbre social . . . . .</li> <li>11.- Por no ser tenido por raro . . . . .</li> <li>12.- Sentirse rechazado en su familia . . . . .</li> <li>13.- Sentirse rechazado en el trabajo . . . . .</li> <li>14.- Deseo de ser miembro del grupo . . . . .</li> <li>15.- Experimentar placer, anímate. . . . .</li> <li>16.- Por curiosidad y deseos de sentir. . . . .</li> <li>17.- Sensaciones nuevas . . . . .</li> <li>18.- Calmar nervios . . . . .</li> <li>19.- Dormir mejor . . . . .</li> <li>20.- Enfermedad-dolor . . . . .</li> </ol>	<p>NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</p>	<p>19.- En relación con los Centros de Rehabilitación, y teniendo en cuenta tu experiencia, ¿con cuáles de estas afirmaciones estás de ACUERDO o DESACUERDO? (Múltiple)</p> <p style="text-align: right;">A D NS/NC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Los Centros de Rehabilitación son indispensables para el tratamiento de las drogodependencias . . . . .</li> <li>2.- En general, los centros que conozco tienen finalidades lucrativas . . . . .</li> <li>3.- Las personas que están al frente de los Centros de rehabilitación están preparados para llevar a cabo su tarea rehabilitadora. . . . .</li> <li>4.- En los Centros siempre se encuentran "colegas" que hacen más eficaz la rehabilitación . . . . .</li> <li>5.- Sinceramente, la mayoría de los Centros de Rehabilitación tienen una ideología preestablecida. . . . .</li> <li>6.- En realidad, en los Centros, no se rehabilitan más que un porcentaje insignificante de toxicómanos . . . . .</li> </ol>	<p>NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</p>
---	-----------------------------------	---	-----------------------------------

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

.....

**DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTROL:**

Entrevistador: . . . . .

Fecha: . . . . . Hora: . . . . . Lugar de la entrevista. . . . .

Calle: . . . . . Piso. . . . .

Duración de la entrevista . . . . .

**CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:**

.....

.....

.....

.....



#### 2.2.2.- Tratamiento estadístico



**PERFIL DE LA MUESTRA POR SUBGRUPOS : DROGODEPENDIENTES**
**MUESTRA : 54**

					MENOS DE 15 AÑOS	
	HOMBRE	40			DE 15 A 20	13
SEXO			EDAD			
	MUJER	14			DE 21 A 25	24
					DE 26 Y MAS	17

ESTADO CIVIL	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
- SOLTERO/A	38	28	10
- CASADO/A	9	8	1
- OTRA SITUACION	7	4	3

**SITUACION ACTUAL**

- ESTUDIO	5	3	2
- TRABAJO	8	6	2
- TRABAJO Y ESTUDIO	1	1	
- ESTOY EN PARO COBRANDO	2	2	
- ESTOY EN PARO SIN COBRAR	3	3	
- NO HAGO NADA	29	20	9
- SERVICIO MILITAR			
- SUS LABORES	1		1
- TRABAJO OCASIONALMENTE	5	5	

**NIVEL DE ESTUDIOS**

- SOLO LEER Y ESCRIBIR	16	13	3
- PRIMARIOS, EGB	22	17	5
- GRADUADO ESCOLAR	6	4	2
- FORMACION PROFESIONAL	4	3	1
- B.U.P.	1		1
- C.O.U.	1		1
- ESCUELAS UNIVERSITARIAS	1	1	
- FACULTADES, ESC. TECNICAS SUPERIORES	3	2	1

**CLASE SOCIAL**

- ALTA			
- MEDIA-ALTA	3	2	1
- MEDIA-BAJA	9	6	3
- MODESTA	42	32	10

PERFIL DE LA MUESTRA POR SUBGRUPOS : DROGODEPENDIENTES

FR. RELATIVA

=====

SEXO	HOMBRE	74,07 %	EDAD	MENOS DE 15 AÑOS	...	%
				DE 15 A 20	...	24,07 %
				DE 21 A 25	...	44,44 %
				DE 26 Y MAS	...	31,48 %
	MUJER	25,93 %				

ESTADO CIVIL	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
- SOLTERO/A	70,37 %	70,00 %	71,43 %
- CASADO/A	16,67 %	20,00 %	7,14 %
- OTRA SITUACION	12,96 %	10,00 %	21,43 %

SITUACION ACTUAL

- ESTUDIO	9,26 %	7,50 %	14,29 %
- TRABAJO	14,81 %	15,00 %	14,29 %
- TRABAJO Y ESTUDIO	1,85 %	2,50 %	%
- ESTOY EN PARO COBRANDO	3,70 %	5,00 %	%
- ESTOY EN PARO SIN COBRAR	5,56 %	7,50 %	%
- NO HAGO NADA	53,70 %	50,00 %	64,29 %
- SERVICIO MILITAR	%	%	%
- SUS LABORES	1,85 %	%	7,14 %
- TRABAJO OCASIONALMENTE	9,26 %	12,50 %	%

NIVEL DE ESTUDIOS

- SOLO LEER Y ESCRIBIR	29,63 %	32,50 %	21,43 %
- PRIMARIOS, EGB	40,74 %	42,50 %	35,71 %
- GRADUADO ESCOLAR	11,11 %	10,00 %	14,29 %
- FORMACION PROFESIONAL	7,41 %	7,50 %	7,14 %
- B.U.P.	1,85 %	%	7,14 %
- C.O.U.	1,85 %	%	7,14 %
- ESCUELAS UNIVERSITARIAS	1,85 %	2,50 %	%
- FACULTADES, ESC. TECNICAS SUPERIO.	5,56 %	5,00 %	7,14 %

CLASE SOCIAL

- ALTA	%	%	%
- MEDIA-ALTA	5,56 %	5,00 %	7,14 %
- MEDIA-BAJA	16,67 %	15,00 %	21,43 %
- MODESTA	77,78 %	80,00 %	71,43 %

## 2.3.- Expertos y comunidades terapéuticas

### 2.3.1.- Cuestionarios





Marino Alvarez Mínguez  
 Psicosociólogo  
 c/ Corbeta, nº3

04002 - A L M E R I A

CUESTIONARIO 3

EXPERTOS

LA TOXICOMANIA EN ALMERIA

(Estudio psicosociológico)

- \* Creo que usted puede de manera especial ayudarme, aportando su autorizado criterio para enriquecer lo que por diversos procedimientos técnicos estoy acopiando en relación con el tema de esta investigación de tanto interés para la sociedad almeriense.
- \* Este es un cuestionario abierto y confidencial -si lo desea- que busca facilitar que usted y otro escogido grupo de personas se expresen con libertad y concisión sobre determinadas cuestiones de la drogodependencia noalcohólica.
- \* Agradezco de antemano su colaboración y atención, según dicte su experiencia profesional y recto criterio.
- \* Ruego me envíe en breve plazo sus respuestas a la dirección del sobre adjunto.
- \* NOTA: Las preguntas señaladas como MÚLTIPLES significa que puede dar varias respuestas.

<p>1.- <u>Sexo</u></p> <p>1.- Varón. . . . .</p> <p>2.- Mujer. . . . .</p>	<p>6.- Asistente Social . . . . .</p> <p>7.- A.T.S. . . . .</p> <p>8.- Monitor. . . . .</p> <p>9.- Otros. . . . .          (especificar). . . . .</p>
<p>2.- <u>Grupo de Edad (años):</u></p> <p>1.- Hasta 25 . . . . .</p> <p>2.- De 26 a 35 . . . . .</p> <p>3.- De 36 a 45 . . . . .</p> <p>4.- De 46 ó más. . . . .</p>	<p>4.- <u>¿Cuántos años lleva en contacto con toxicómanos?</u></p> <p>1.- Menos de 5 años. . . . .</p> <p>2.- De 5 a 10 años. . . . .</p> <p>3.- De 11 a 20 años. . . . .</p> <p>4.- Más de 20 años. . . . .</p> <p>5.- Ninguno. . . . .</p>
<p>3.- <u>Profesión/ocupación:</u></p> <p>1.- Médico . . . . .</p> <p>2.- Psiquiatra . . . . .</p> <p>3.- Psiconatista. . . . .</p> <p>4.- Psicólogo. . . . .</p> <p>5.- Educador . . . . .</p>	<p>5.- <u>¿Qué tiempo dedica usted, profesionalmente, a la toxicomanía?</u></p> <p>1.- Ocupación o trabajo en exclusiva . . . . .</p> <p>2.- Ocupación o trabajo habitual. . . . .</p> <p>3.- Ocupación o trabajo ocasional. . . . .</p> <p>4.- No tiene ninguna dedicación. . . . .</p>

6.- Comunidad donde presta su actividad profesional:

Andalucía . . . . . Provincia ALMERIA

TERRITORIO DONDE SE HA REALIZADO

LA INVESTIGACION. . . . . Municipio de ALMERIA

7.- Desde el punto de vista de su especialidad y teniendo en cuenta su experiencia profesional ¿puede ayudarnos al desarrollo de algunos de los PROBLEMAS que tiene planteados el tratamiento y la rehabilitación de la drogodependencia (no alcohólica) en Almería?

1.- Ante la falta de conciencia social:

.....  
.....  
.....

2.- En relación con la insuficiencia de medios económicos y materiales:

.....  
.....  
.....

3.- Escasez de personal especializado en tratamiento y rehabilitación:

.....  
.....  
.....

4.- Lagunas en la investigación médica y farmacológica sobre tratamiento y rehabilitación:

.....  
.....  
.....

5.- En relación con la normativa de las Comunidades Terapéuticas:

.....  
.....  
.....

6.- La casi ausencia de intercambios de experiencias sobre tratamiento y rehabilitación:

.....  
.....  
.....

7.- Problemas de la propia personalidad del toxicómano:

.....  
.....  
.....

8.- Legislación sobre rehabilitación en general:

.....  
.....  
.....

9.- Otros problemas:

.....  
.....  
.....

8.- A su juicio y también dentro de su especialidad, ¿qué medidas serían más aconsejables para la solución de los problemas citados en su respuesta anterior?:

1.- Medidas de fomento de la conciencia social:

.....  
.....  
.....

2.- Medidas económicas y materiales:

.....  
.....  
.....

3.- Medidas para la preparación de personas especializadas en tratamiento y rehabilitación:

.....  
.....  
.....

4.- Medidas en relación con el fomento de la investigación médica y farmacológica sobre tratamiento y rehabilitación:

.....  
.....  
.....

5.- Medidas relacionadas con la normativa de las Comunidades Terapéuticas:

.....  
.....  
.....

6.- Medidas de promoción de intercambios de experiencias sobre rehabilitación:

.....  
.....  
.....

7.- Medidas de promoción de intercambios en el estudios de la personalidad del toxicómano:

.....  
.....  
.....

8.- Medidas legislativas sobre tratamiento y rehabilitación en general:

.....  
.....  
.....

9.- Otro tipo de medidas:

.....  
.....  
.....

9.- ¿Piensa que los programas de mantenimiento con opiáceos sintéticos (metadona, etc.) son un medio para la deshabituación de los heroínomanos?:

- 1.- Sí .....  
2.- No .....  
3.- No conozco el tema .....

- 4.- Si sí, ¿por qué? .....  
.....  
.....

10.- En Almería, en España, existen Centros de rehabilitación en régimen de internado con distintos enfoques y tratamientos. ¿cuál es su juicio en relación con dichos Centros?:

1.- Comunidades Terapéuticas: INTERNADO

.....  
.....  
.....

2.- Centros Asistenciales: EXTERNADO

11.- ¿Cuál es su opinión sobre el personal que atiende esos Centros?:

12.- Sinceramente: ¿Conoce usted el "Plan Nacional Sobre Drogas" del Gobierno (1985)?:

- |                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1.- Sí .....                    | 4.- Si lo conoce ¿qué opina sobre el |
| 2.- No .....                    | "Plan Nacional Sobre Drogas"?:       |
| 3.- Sé que existe pero no lo he | .....                                |
| leído .....                     | .....                                |

13.- A su juicio ¿debe considerarse al toxicómano como un enfermo "sui géneris" o como un marginado social?:

14.- A su juicio ¿cuáles son los motivos que llevan a la drogodependencia?:

- |  |  |
|--|--|
| 1.- Estar a disgusto en esta sociedad. | 11.- Por no ser tenido por raro.....       |
| 2.- Escapar problemas personales.....  | 12.- Sentirse rechazado en su familia..... |
| 3.- El gusto de hacer lo prohibido.... | 13.- Sentirse rechazado en el trabajo..... |
| 4.- Sentirme libre.....                | 14.- Deseo de ser miembro del grupo.....   |
| 5.- Encontrar un nuevo estilo de vida. | 15.- Experimentar placer, animarse.....    |
| 6.- Pasar el rato.....                 | 16.- Por curiosidad y deseo de sentir..... |
| 7.- Porque "pasan de todo".....        | 17.- Sensaciones nuevas.....               |
| 8.- Para estudiar o trabajar mejor.... | 18.- calmar nervios.....                   |
| 9.- Para facilitar contacto social.... | 19.- Dormir mejor.....                     |
| 10.- Porque es costumbre social.....   | 20.- Enfermedad-dolor.....                 |

15.- Le rogamos que nos sugiera cuanto crea de interés para llevar a cabo este estudio sociológico sobre el tratamiento y la rehabilitación de la drogodependencia en Almería.

Si desea añadir algo, puede hacerlo en folio aparte.

POR FAVOR: No olvide enviar sus respuestas, cuanto antes pueda, a esta dirección:

Marino Alvarez Mínguez (Psicosociólogo)  
C/ Corbeta, 3  
04002 ALMERIA

Marino Alvarez Mínguez  
Psicosociólogo  
c/ Corbeta, nº3

04002 - A L M E R I A

CUESTIONARIO 4

COMUNIDADES TERAPEUTICAS

Y SERVICIOS DE ATENCION

A TOXICOMANOS

LA TOXICOMANIA EN ALMERIA

(Estudio psicosociológico)

- \* Creo que usted puede de manera especial ayudarme, aportando su autorizado criterio para enriquecer lo que por diversos procedimientos técnicos estoy acopiando en relación con el tema de esta investigación de tanto interés para la sociedad almeriense.
- \* Esta es un cuestionario abierto y confidencial -si lo desea- que busca facilitar que usted y otro escogido grupo de personas se expresen con libertad y concisión sobre determinadas cuestiones de la drogodependencia noalcohólica.
- \* Estimo que esta Comunidad Terapéutica o Servicio de Atención a Toxicómanos puede ayudarnos de manera especial aportando información para enriquecer lo que por diversos procedimientos técnicos estamos acopiando en relación con la materia de este estudio científico.
- \* Agradezco de antemano su colaboración y atención, según dicte su experiencia profesional y recto criterio.
- \* Ruego me envíe en breve plazo sus respuestas a la dirección del sobre adjunto.
- \* NOTA: Las preguntas señaladas como MULTIPLES significa que puede dar varias respuestas.

Nombre del Centro: . . . . .  
Domicilio: . . . . .  
Localidad: . . . . .  
Dirección Postal . . . . .

1.- Tipo de Centro:

- 1.- Comunidad terapéutica. . . . .
- 2.- Centro de Toxicómanos. . . . .
- 3.- Servicio de orientación. . . . .
- 4.- Centro de Cruz Roja. . . . .
- 5.- Otros Centros. . . . .  
(especificar). . . . .

2.- Régimen de asistencia a toxicómano:

- 1.- Internado. . . . .
- 2.- Semi-pensionista . . . . .
- 3.- Ambulante. . . . .
- 4.- Otras (especificar). . . . .

3.- Dependencia del centro:

- 1.- Administración Central. . . . .
- 2.- Administración Autonómica . . . . .
- 3.- Administración Local. . . . .
- 4.- Privado . . . . .
- 5.- Religiosa . . . . .

4.- Año en que empezó a funcionar el centro para la atención a toxicómanos:

- 1.- Antes de 1980 . . . . .
- 2.- Entre 1980 a 1982 . . . . .
- 3.- De 1983 a 1985. . . . .
- 4.- En 1986 . . . . .

5.- Fuente de financiación del Centro (Múltiple):

- 1.- Presupuesto estatal . . . . .
- 2.- Presupuesto autonómico. . . . .
- 3.- Presupuesto local . . . . .
- 4.- Cuotas de los pacientes . . . . .
- 5.- Subvenciones oficiales. . . . .
- 6.- Subvenciones privadas . . . . .
- 7.- Subvenciones religiosas . . . . .
- 8.- Trabajo de los pacientes. . . . .
- 9.- Recursos propios. . . . .
- 10.- Otras . . . . .  
(especificar)

6.- ¿Qué servicios presta este Centro a los Toxicómanos?: (multiple)

- 1.- Desintoxicación . . . . .
- 2.- Rehabilitación. . . . .
- 3.- Reinserción . . . . .
- 4.- Atención a enfermos orgánicos derivados de la drogodependencia. . . . .
- 5.- Detección precoz de enfermedades derivadas de la drogodependencia. . . . .
- 6.- Información sobre existencia de Centros de Ayuda de toxicómanos . . . . .
- 7.- Financiación para tratamiento de rehabilitación . . . . .
- 8.- Otros . . . . .  
(especificar)

(SOLO PARA CENTROS DE INTERNAMIENTO)

7.- Superficie (aproximada) en metros cuadrados del centro dedicados a la atención del toxicómano

8.- Número de plazas disponibles para toxicómanos:

9.- Cuota media mensual en el Centro: (multiple)

- 1.- Gratuito. . . . .
- 2.- Seguridad Social. . . . .
- 3.- Semi-gratuito (menos de 10.000 ptas/mes) . . . . .
- 4.- De 10.000 a 50.000 ptas/mes . . . . .
- 5.- De 51.000 a 70.000 ptas/mes . . . . .
- 6.- De 71.000 a 100.000 ptas/mes. . . . .
- 7.- Más de 101.000 ptas/mes . . . . .
- 8.- El paciente financia con su trabajo todo el tratamiento . . . . .
- 9.- El paciente financia con su trabajo parte del tratamiento . . . . .
- 10.- Paciente subvencionado por otras entidades . . . . .
- 11.- Otros . . . . .  
(especificar)

(PARA TODO TIPO DE CENTROS)

10.- ¿Qué métodos suele utilizar ese Centro para la desintoxicación? (Multiple)

- 1.- Medicamentos con opiáceos. . . . .
- 2.- Medicamentos con riesgo de adicción . . . . .
- 3.- Métodos naturistas . . . . .
- 4.- Ningún tipo de sustancias. . . . .
- 5.- Otros. . . . .  
(especificar).

11.- ¿Qué métodos suele utilizar ese Centro para la rehabilitación?:

- 1.- Terapia personal . . . . .
- 2.- Terapia grupal . . . . .
- 3.- Trabajo físico . . . . .
- 4.- Actividades deportivas . . . . .
- 5.- Métodos naturistas . . . . .
- 6.- Otros. . . . .  
(especificar)

12.- DATOS RELATIVOS AL MES DE.

NUMERO

- 1.- Personas a que se atiende actualmente. . . . .
- 2.- Ingresos de pacientes. . . . .
- 3.- Abandonos de pacientes . . . . .
- 4.- Expulsiones. . . . .
- 5.- Reingresos . . . . .
- 6.- Altas por finalizar el tratamiento. . . . .
- 7.- Enviados a otros centros . . . . .



13.- Formas de ingreso y atención de los toxicómanos en el centro: (Múltiple)

- 1.- Propia voluntad del toxicómano. . .
- 2.- Es llevado por sus familiares . . .
- 3.- Consejo del médico. . . . .
- 4.- Consejo del psicólogo . . . . .
- 5.- Consejo de otros especialistas. . .
- 6.- Otras . . . . .  
(especificar) . . . . .

14.- Personal que colabora en el Centro para la atención de toxicómanos:

TIPO	Número
1.- Médicos . . . . .	
2.- Psiquiatras . . . . .	
3.- Psicólogos. . . . .	
4.- Educadores. . . . .	
5.- Asistentes sociales . . . . .	
6.- A.T.S. . . . .	
7.- Monitores . . . . .	
8.- Administrativos . . . . .	
9.- Subalternos . . . . .	
10.- Otros . . . . .	

15.- A juzgar por la experiencia del Centro, ¿qué motivos suelen llevar a la toxicomanía a sus pacientes?:

- 1.- Estar a disgusto con la sociedad.
- 2.- Escapar problemas personales. . .
- 3.- El gusto de hacer lo prohibido. . .
- 4.- Sentirse libres . . . . .
- 5.- Encontrar un nuevo estilo de vida
- 6.- Pasar el rato . . . . .
- 7.- Porque "pasan de todo". . . . .
- 8.- Para estudiar o trabajar mejor. . .
- 9.- Para facilitar contacto social. . .
- 10.- Porque es costumbre social. . . . .
- 11.- Por no ser tenidos por raros. . . .
- 12.- Sentirse rechazados en el trabajo
- 13.- Deseos de ser miembros del grupo.
- 14.- Sentirse rechazados por la familia
- 15.- Experimentar placer, animarse . . .
- 16.- Por curiosidad y deseos de sentir
- 17.- Sensaciones nuevas. . . . .
- 18.- Calmar nervios. . . . .
- 19.- Dormir mejor. . . . .
- 20.- Enfermedad-dolor. . . . .

16.- ¿Con cuáles de las siguientes proposiciones están de ACUERDO o DESACUERDO los responsables de ese centro?:

- 1.- La realización del "Plan Nacional sobre Drogas" del Gobierno es un ayuda para la rehabilitación de los drogodependientes . . . . .
- 2.- El Gobierno debería subvencionar totalmente todas las actividades de los Centros de Rehabilitación.
- 3.- La Administración debería controlar las actividades internas de los centros . . . . .
- 4.- No existe una verdadera rehabilitación si no se cuenta con un plan de reinserción . . . . .
- 5.- La prevención escolar y familiar tiene menos costes sociales y económicos que la rehabilitación de los toxicómanos. . . . .
- 6.- En todo proyecto de rehabilitación es necesario ofrecer un ideal preestablecido. . . . .
- 7.- Los programas de mantenimiento con opiáceos sintéticos (metadona, etc.) son el mejor método para deshabituarse a los heroínómanos.
- 8.- A los drogadictos solamente les puede ayudar un ex-drogadicto .

Si desea añadir algo, puede hacerlo en este espacio o continuar en folio aparte.

POR FAVOR: No olvide enviar sus respuestas, cuanto antes pueda a esta dirección:

D. Marino Alvarez Mínguez (Psicosicólogo)  
C/ Corbeta, 3  
04002 ALMERIA

#### 2.3.2.- Tratamiento estadístico



PERFIL DE LA MUESTRA POR SUBGRUPOS : EXPERTOS

MUESTRA : 37

SEXO	VARON	30	EDAD	HASTA 25 AÑOS	...	0
				DE 26 A 35	...	11
	MUJER	7		DE 36 A 45	...	8
				DE 46 O MAS	...	18

PROFESION/OCUPACION	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
- MEDICOS	6	6	
- PSIQUIATRAS	2	2	
- FARMACEUTICOS	3	3	
- PSICOLOGOS	4	3	1
- EDUCADORES	8	7	1
- ASISTENTES SOCIALES	5	1	4
- FUNCIONARIOS DE PRISIONES	3	2	1
- ABOGADOS	3	3	
- OTROS	3	3	

AÑOS EN CONTACTO CON TOXICOMANOS

- MENOS DE 5 AÑOS	8	6	2
- DE 5 A 10 AÑOS	10	8	2
- DE 11 A 20 AÑOS	3	3	
- MAS DE 20 AÑOS	2	2	
- NINGUNO	14	11	3

TIEMPO QUE DEDICA VD. A LA TOXICOMANIA

- OCUPACION O TRABAJO EN EXCLUSIVA	1	1	
- OCUPACION O TRABAJO HABITUAL	4	4	
- OCUPACION O TRABAJO OCASIONAL	13	11	2
- NO TIENE NINGUNA DEDICACION	19	14	5

CONOC: PLAN NAL. S/DROGAS DEL GOB.(1985)

- SI LO CONOZCO	11	9	2
- NO LO CONOZCO	11	10	1
- SE QUE EXISTE PERO NO LO HE LEIDO	15	11	4

PERFIL DE LA MUESTRA POR SUBGRUPOS : EXPERTOS

FR. RELATIVA

=====

SEXO	VARON	81,08 %	EDAD	HASTA 25 AÑOS	...	%
				DE 26 A 35	...	29,73 %
	MUJER	18,92 %		DE 36 A 45	...	21,62 %
				DE 46 O MAS	...	48,65 %

PROFESION/OCUPACION	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
- MEDICOS	16.22 %	20.00 %	%
- PSIQUIATRAS	5.41 %	6.67 %	%
- FARMACEUTICOS	8.11 %	10.00 %	%
- PSICOLOGOS	10.81 %	10.00 %	14.29 %
- EDUCADORES	21.62 %	23.33 %	14.29 %
- ASISTENTES SOCIALES	13.51 %	3.33 %	57.14 %
- FUNCIONARIOS DE PRISIONES	8.11 %	6.67 %	14.29 %
- ABOGADOS	8.11 %	10.00 %	%
- OTROS	8.11 %	10.00 %	%

-----  
AÑOS EN CONTACTO CON TOXICOMANOS

- MENOS DE 5 AÑOS	21.62 %	20.00 %	28.57 %
- DE 5 A 10 AÑOS	27.03 %	26.67 %	28.57 %
- DE 11 A 20 AÑOS	8.11 %	10.00 %	%
- MAS DE 20 AÑOS	5.41 %	6.67 %	%
- NINGUNO	37.84 %	36.67 %	42.86 %

-----  
TIEMPO QUE DEDICA VD. A LA TOXICOMANIA

- OCUPACION O TRABAJO EN EXCLUSIVA	2.70 %	3.33 %	%
- OCUPACION O TRABAJO HABITUAL	10.81 %	13.33 %	%
- OCUPACION O TRABAJO OCASIONAL	35.14 %	36.67 %	28.57 %
- NO TIENE NINGUNA DEDICACION	51.35 %	46.67 %	71.43 %

-----  
CONOC: PLAN NAL. S/DROGAS DEL GOB.(1985)

- SI LO CONOZCO	29.73 %	30.00 %	28.57 %
- NO LO CONOZCO	29.73 %	33.33 %	14.29 %
- SE QUE EXISTE PERO NO LO HE LEIDO	40.54 %	36.67 %	57.14 %

#### A P E N D I C U L A R E S

Los relativos a los capítulos:

III.-Así es Almería;

IV. -Almería y toxicomanía;

V. -La familia;

IX. -Droga y ética;

están desarrollados en las  
páginas 845 á 912 de la Tesis,  
calificada el día 25 de mayo,  
1.992.